

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN GESTION DES PMO

PAR
COLETTE BOUCHER

La concertation entre les C.L.S.C. et les C.H.S.C.D.
pour accroître leur complémentarité et
améliorer les services à la clientèle
âgée en perte d'autonomie

Novembre 1995



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

La présente recherche se situe dans le cadre d'une exigence partielle de l'Université du Québec à Chicoutimi pour l'obtention de la maîtrise en gestion des PMO. Elle ne s'inscrit pas dans le cadre d'un projet de recherche en cours à l'U.Q.A.C..

Le sujet de recherche: La concertation entre les C.L.S.C. et les C.H.S.C.D. pour accroître leur complémentarité et améliorer les services à la clientèle âgée en perte d'autonomie.

Dix-huit établissements (9 C.H.S.C.D. et 9 C.L.S.C.) sont visés par l'étude.

Les objectifs de la recherche sont de:

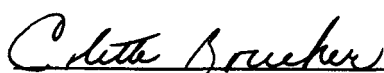
- 1- décrire la réalité des "établissements" et le contexte légal qui s'y rattache;
- 2- identifier les problèmes liés au processus de collaboration entre les établissements et en cerner les conséquences sur la prestation et la continuité des services pour la clientèle;
- 3- poser un diagnostic organisationnel;
- 4- concevoir des recommandations qui relient les sous-systèmes au système général; (générer des solutions et faciliter le développement d'outils, ex.: protocoles, mécanismes, etc. qui amélioreraient les liens entre les établissements);
- 5- proposer un modèle de concertation organisationnel pour les deux organisations (C.H.S.C.D. et C.L.S.C.) réaliste et réalisable.

La méthodologie utilisée: La méthodologie du diagnostic-intervention. La méthodologie de P.B. Checkland est privilégiée, elle est connue sous le nom de diagnostic organisationnel et à la recherche-action.

Une synthèse des conclusions auxquelles a mené le travail de recherche: les résultats globaux des trois méthodes de cueillette de données, nous permirent de cerner des problématiques reliées à la structure des établissements. Après analyse détaillée des résultats obtenus un point commun émerge de cette cueillette. En effet, il ressort qu'il faut améliorer les aspects touchant principalement la concertation-collaboration entre C.H.S.C.D. et C.L.S.C. en terme:

- . d'attitudes de gestion, de philosophie d'orientation, de type d'approche professionnelle.

Le modèle conceptuel proposé est un nouveau système de communication liant le C.L.S.C. et le C.H.S.L.D. et qui porte le nom de table de concertation et de coordination de maintien à domicile.



Signature du candidat(e)

Date: 95/11/23

Signature du directeur(trice) de recherche

Date:

Signature du co-directeur(trice) de recherche (s'il y a lieu)

Date:

REMERCIEMENTS

Il me fait plaisir de souligner la participation spéciale de la direction générale de la planification et de l'évaluation au Ministère de la Santé et des Services Sociaux grâce à qui la réalisation de cette étude fut rendue possible. Je tiens à remercier particulièrement:

- . M. Simon Racine, directeur de l'évaluation
- . Mesdames Lucie Bélanger, Lysette Trahan et monsieur Mario Bolduc de l'équipe de recherche.

Dans le cadre universitaire, je dois aussi souligner l'excellente collaboration de M. Gilbert Brisson, mon directeur de recherche, qui par sa compétence, sa rigueur scientifique et ses connaissances a su guider ma démarche, parfois la réorienter et souvent me suggérer des voies pertinentes qui ont enrichi mon travail et mes connaissances.

Un merci spécial à madame Jocelyne Bolduc, mon impayable secrétaire, pour son professionnalisme, sa grande disponibilité. Enfin, j'exprime mes sincères remerciements à mon époux Renald ainsi qu'à ma famille et à mes amis. Sans leur appui infini, ce travail n'aurait pu être accompli.

Table des matières

Résumé.....	ii
Remerciements.....	iv
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	x
Liste des figures.....	xi
Liste des schémas.....	xii
Liste des principales abréviations.....	xiii
Liste des annexes.....	xiv
 Introduction.....	 1
 Chapitre I - Le contexte légal.....	 8
1.1 Le conseil d'administration.....	8
1.2 Les établissements.....	10
1.3 Les régies régionales.....	11
1.3.1 Les rôles des régies régionales.....	12
1.3.1.1 Les régies régionales et les priorités de santé et de bien-être.....	12
1.3.1.2 Les régies régionales et l'organisation des services.....	13
1.3.1.3 Les régies régionales et la coordination des services de santé et des services sociaux.....	14
1.4 Les droits de l'utilisateur.....	14
1.4.1 Le dossier de l'utilisateur.....	16
 Chapitre II - La recherche-action par l'approche systémique.	 19
2.1 Le contexte de la recherche.....	19
2.2 La recherche-action.....	21
2.2.1 L'intervention comme application du diagnostic intervention.....	21
2.2.2 L'approche systémique: une méthodologie de diagnostic organisationnel.....	24
2.2.3 L'intervention comme application de la recherche-action.....	26
2.3 Les objectifs de la recherche.....	27

Table des matières (suite)

Chapitre III - Le contenu du mandat.....	31
3.1 Présentation de l'organisation.....	31
3.1.1 Une description limitée du contenu problématique.....	33
3.1.2 Les sources de données et autres ressources disponibles.....	37
3.2 La population visée par l'étude.....	38
3.3 L'identification des acteurs.....	38
 Chapitre IV - Les réalités de l'organisation (Image riche).. 	40
4.1 Présentation des deux organismes.....	40
4.1.1 Les missions.....	41
4.1.2 Les programmes et services.....	42
4.1.2.1 Les programmes et services offerts en C.H.S.C.D.....	45
4.1.2.1.1 Les programmes.....	45
4.1.2.1.2 Les services à l'interne.....	46
4.1.2.1.3 Les services à l'externe.....	46
4.1.2.2 Les programmes et services offerts en C.L.S.C.....	46
4.1.3 L'environnement.....	49
4.1.3.1 L'environnement général ou macro- environnement.....	49
4.1.3.1.1 L'aspect politique-légal.....	52
4.1.3.1.2 L'aspect économique.....	54
4.1.3.1.3 L'aspect technologique.....	54
4.1.3.1.3 L'organisation sociale.....	55
4.1.4 L'environnement spécifique.....	55
4.1.4.1 La clientèle.....	55
4.1.4.1.1 La clientèle et son milieu familial	56
4.1.4.1.2 La clientèle et son milieu social..	56
4.2 Les structures.....	56
4.2.1 L'organigramme d'un C.H.S.C.D.....	57
4.2.2 L'organigramme d'un C.L.S.C.....	60
4.2.3 Description des tâches de planification, d'organisation et de contrôle.....	61
4.2.4 Politiques opérationnelles et règlements.....	63
4.2.5 L'organisation du travail.....	64
4.3 Les ressources.....	64
4.3.1 Les ressources humaines.....	65

Table des matières (suite)

4.3.1.1	La direction générale.....	65
4.3.1.2	La direction des soins infirmiers.....	66
4.3.1.3	La direction des services professionnels	67
4.3.1.4	La coordination des programmes de maintien à domicile.....	68
4.3.2	Les ressources financières.....	70
4.4	Le climat organisationnel.....	71
4.4.1	Les relations entre les structures et les activités.....	73
4.4.2	L'ouverture des directions aux besoins du personnel.....	73
4.4.3	Le climat de travail au sein des équipes.....	74
4.4.4	Les facteurs qui entravent ou facilitent les collaborations à l'interne.....	74
4.4.5	Les modalités d'organisation du travail.....	75
Chapitre V - L'élaboration de la situation problématique....		77
5.1	Description du processus de prestation des services et les facteurs qui l'influencent.....	77
5.2	La structure - le processus - les résultats.....	84
5.3	Le processus optimal.....	86
5.4	Le modèle conceptuel du programme d'évaluation sur la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.....	90
5.5	Le plan d'analyse.....	90
5.5.1	L'identification des acteurs.....	95
5.5.2	Les indicateurs.....	95
5.5.3	Les utilisateurs de services.....	97
5.5.4	Les choix des instruments de mesure.....	97
5.5.5	La démarche auprès des utilisateurs et de leurs proches.....	101
5.5.6	La banque de données.....	102
5.6	Les résultats de la cueillette d'information.....	103
5.6.1	Les caractéristiques des personnes âgées ayant participé à l'étude.....	104
5.6.2	Les aspects reliés à la structure.....	107
5.6.3	Les aspects reliés au processus de prestations de services.....	119
5.6.3.1	Les approches des établissements.....	119
5.6.3.2	Le contexte de prise de décision.....	125
5.6.3.3	Les approches professionnelles.....	128
5.6.3.4	La collaboration avec les partenaires...	135
5.6.4	Les aspects reliés aux résultats du processus de prestation de services.....	140

Table des matières (suite)

Chapitre VI - Le diagnostic organisationnel.....	150
6.1 Les paramètres du diagnostic.....	150
6.2 Localisation des zones problématiques.....	151
6.2.1 La coordination et les communication entre les établissements.....	152
6.2.1.1 Les mécanismes de communication et de références.....	152
6.2.1.2 Les mécanismes de réévaluation des services et le suivi.....	153
6.2.1.3 La coordination régionale et sous-régionale.....	153
6.2.1.4 Les lacunes de l'établissement face à ses obligations légales.....	154
6.2.2 La philosophie d'orientation vers le domicile	155
6.2.3 Le type d'approche.....	156
6.2.4 Le plan de service individualisé et le suivi.	161
6.2.5 La participation active de la personne et de ses proches.....	162
6.3 Lien entre les résultats des questionnaires, des entrevues et des autres indicateurs.....	164
6.3.1 La structure: sa définition, ses composantes.	165
6.3.2 Le tronc commun: la structure.....	173
Chapitre VII - Lieux d'amélioration potentiel.....	177
7.1 Validation des lieux potentiels d'amélioration.....	180
7.2 Validation sur les problèmes priorisés.....	180
Chapitre VIII - L'ancrage.....	187
8.1 Introduction au point d'ancrage.....	187
8.2 Définition du système.....	190
8.3 Validation du système (selon Checkland).....	190
Chapitre IX - Le modèle conceptuel.....	196
9.1 L'organisation.....	198
9.1.1 L'organisation et son environnement.....	200
9.1.2 L'organisation et son développement.....	205
9.2 Le plan.....	206
9.3 Le plan d'organisation.....	208

Table des matières (suite)

Chapitre X - La table de concertation et de coordination	
M.A.D.....	214
10.1 Les paramètres du modèle organisationnel.....	216
10.2 Définition de la table de concertation et de coordi- nation M.A.D.....	223
10.2.1 La population cible.....	226
10.2.2 La représentation des établissements.....	227
10.2.3 La composition de la table.....	227
10.3 La planification stratégique.....	229
10.3.1 Les mandats de la table de concertation et de coordination M.A.D.....	230
10.3.2 Les valeurs et la philosophie de la table....	233
10.3.3 Les orientations de la table.....	237
10.3.4 Les politiques, les objectifs et les priorités de la table.....	241
10.4 La planification structurelle.....	246
10.5 La planification opérationnelle.....	248
10.5.1 Les moyens.....	251
10.5.1.1 Le comité exécutif de la table	251
10.5.1.2 Les procédures administratives.....	253
10.5.1.3 Les buts de la planification.....	254
10.5.1.4 Utilisation d'un langage commun.....	255
10.5.2 Les ressources.....	257
10.5.3 L'organisation.....	259
10.5.3.1 L'implantation.....	263
10.5.3.2 L'évaluation.....	264
10.6 Identification des changements souhaités entre les organisations et dans l'environnement.....	267
10.7 Les limites de la table de concertation et de coordina- tion M.A.D.....	270
Conclusion.....	273
Bibliographie.....	279
Autres documents consultés.....	286
Annexes.....	287

Liste des tableaux

Tableau 1 -	Liste des établissements sélectionnés	32
Tableau 2 -	Liste des programmes québécois de longue durée destinés aux personnes âgées	43
Tableau 3 -	Caractéristiques d'un processus optimal	89
Tableau 4 -	Nombre et spécialité du personnel rencontré dans les C.L.S.C. et dans les C.H.S.C.D.	96
Tableau 5 -	Données sur les limitations fonctionnelles et divers autres problèmes psychologiques ou de comportements des personnes âgées selon le sexe et l'établissement de référence	108
Tableau 6 -	Fréquence exprimée du thème "Collaboration avec les partenaires"	136
Tableau 7 -	Fréquence exprimée du thème "Information reçue"	146
Tableau 8 -	Les indications de la banque de données	182
Tableau 9 -	Les éléments d'une planification intégrée	222

Liste des figures

Figure 1 -	Le processus de la recherche-action	23
Figure 2 -	Méthodologie systémique de diagnostic organisationnel	25
Figure 3 -	Les forces de l'environnement	50
Figure 4 -	Organigramme d'un C.H.S.C.D.	58
Figure 5 -	Organigramme d'un C.L.S.C.	59
Figure 6 -	Synthèse des niveaux hiérarchiques d'un C.H.S.C.D. et d'un C.L.S.C.	61
Figure 7 -	Modèle intégré du climat organisationnel et des facteurs de réussite	72
Figure 8 -	Une vue systémique de l'organisation	199
Figure 9 -	Schéma du système dans son environnement	202
Figure 10 -	Les systèmes-clients	204
Figure 11 -	Les deux phases essentielles du D.O.	206
Figure 12 -	L'intégration des objets, niveaux et étapes de planification	209
Figure 13 -	L'approche systémique en planification	210
Figure 14 -	Schéma organisationnel de la table M.A.D.	249
Figure 15 -	Schéma organisationnel des établissements représentés à la table M.A.D.	250
Figure 16 -	Cadre de référence pour l'évaluation des projets de la table M.A.D.	266

Liste des schémas

Schéma 1 -	Le système organisationnel	51
Schéma 2 -	Représentation du processus de prestation des services et des facteurs qui l'influencent	79
Schéma 3 -	Plan d'analyse	92
Schéma 4 -	Représentation du processus de prestation des services dans le C.H.S.C.D. et le C.L.S.C.	160
Schéma 5 -	L'organisation est un système	220

Listes des principales abréviations

A.H.Q.	ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC
C.S.S.	CENTRE DE SERVICES SOCIAUX
C.A.H.	CENTRE D'ACCUEIL D'HÉBERGEMENT
C.C.P.C.	CONSEIL CONSULTATIF DU PERSONNEL CLINIQUE
C.H.S.C.D.	CENTRE HOSPITALIER DE SOINS DE COURTE DURÉE
C.H.U.L	CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ LAVAL
C.H.S.L.D.	CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE
C.L.S.C.	CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES
C.R.S.S.S.	CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
C.T.M.S.P.	CLASSIFICATION PAR TYPES EN MILIEU DE SOINS ET DE SERVICES PROLONGÉS
D.S.C.	DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE
G.T.I.	GROUPE TACTIQUE D'INTERVENTION
G.S.U.	GROUPE STRATÉGIQUE DES URGENCES
M.A.D.	MAINTIEN À DOMICILE
M.R.C.	MUNICIPALITÉ RÉGIONALE DE COMTÉ
M.S.S.S.	MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
P.R.O.S.	PROGRAMME RÉGIONAL D'ORGANISATION DE SERVICES
R.R.S.S.S	RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
R.S.S.	RÉGION SOCIO SANITAIRE
S.I.M.A.D.	SERVICES INTENSIFS DE MAINTIEN À DOMICILE
U.C.D.G.	UNITÉ DE COURTE DURÉE GÉRIATRIQUE

Liste des annexes

Annexe I -	Modèle conceptuel du programme d'évaluation sur la réponse aux besoins de longue durée des personnes âgées	287
Annexe II -	Questionnaire adressé aux coordonnateurs de maintien à domicile dans les C.L.S.C.	288
Annexe III -	Questionnaire adressé aux responsables des services aux personnes âgées dans les centres hospitaliers de soins de courte durée (C.H.S.C.D.)	296
Annexe IV -	Fiche synthèse sur l'état du client à son arrivée dans l'établissement (C.L.S.C. ou Hôpital)	304
Annexe V -	Fiche chronologique décrivant le cheminement des personnes dans les établissements du réseau	307
Annexe VI -	Schéma de l'entrevue individuelle avec les intervenants des C.L.S.C. et des Hôpitaux	312
Annexe VII -	Schéma de l'entrevue individuelle avec un membre du personnel d'encadrement du C.L.S.C. et de l'Hôpital	319
Annexe VIII -	Schéma de la première entrevue de groupe dans les C.L.S.C. et les Hôpitaux	322
Annexe IX -	Schéma d'entrevue conjointe avec des représentants des C.L.S.C., des Hôpitaux, des C.R.S.S.S. (et des C.S.S. dans la région de Montréal)	328
Annexe X -	Schéma de l'entrevue avec les utilisateurs des services	331
Annexe XI -	Formulaire de l'autorisation des personnes âgées ou leurs proches pour la transmission de renseignements contenus au dossier	344

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population aura un impact de plus en plus important sur la demande de services de santé et de services sociaux.

La prévalence plus élevée des problèmes de santé et des incapacités chez les personnes âgées ne peut expliquer à elle seule la consommation de services. D'autres éléments doivent être considérés, soient: les caractéristiques du processus d'intervention en vigueur et la nature des services offerts. Ces éléments risquent de peser plus lourds dans l'avenir sur le rythme de progression des dépenses que le vieillissement démographique sans nécessairement répondre aux attentes de la population âgée.

Pour offrir de meilleurs services aux aînés à meilleurs coûts, plusieurs actions devront être entreprises.

Le gouvernement du Québec a entrepris une première action qui aura un impact sur tous les citoyens et entre autre chez les personnes âgées; en effet par l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et en modifiant diverses dispositions législatives (projet de Loi 120); celle-

ci remplace la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui avait été adoptée en 1971 et qui avait subi de nombreuses modifications depuis son entrée en vigueur le 1er juin 1972.

La Loi s'implante sur des structures déjà en place; elle ne vient pas bouleverser fondamentalement le réseau mais introduit néanmoins des changements qui pourraient avoir pour résultat de transformer le fonctionnement du réseau et des établissements qui sont les artisans de la dispensation des soins et des services.

Adoptée par l'Assemblée nationale le 4 septembre 1991, cette Loi vient confirmer que le réseau de la santé et des services sociaux devient la propriété des citoyens, que le gouvernement s'oriente vers une régionalisation et qu'il entreprend une rationalisation des ressources disponibles. Cette réforme axée sur le citoyen touche l'ensemble du réseau, par la philosophie qui la sous-tend et par l'organisation des services. L'objectif de l'accessibilité universelle à des services personnalisés, continus et de qualité, formulé dans le rapport de la Commission Rochon¹ est maintenu.**

¹ Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1990, p.686.

** Dans le présent document, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Nous pouvons affirmer qu'il existe aussi une ferme volonté du législateur de redonner au citoyen "payeur", décideur, consommateur² une place de choix dans les décisions concernant les orientations, les objectifs et le contrôle associés à la distribution des services.

Le Ministère³ se veut plus "décentralisateur" par une plus grande régionalisation. Dans cette optique, les dix-sept régions socio-sanitaires reconnues par le gouvernement du Québec ont reçu des mandats et des fonctions qui nécessiteront que leur soit accordé plus de pouvoir de décision dans l'organisation et le contrôle des services à la population (Art. 339 à 396).

Dans un contexte de rationalisation des ressources humaines et financières, il est intéressant de regarder comment les organisations, particulièrement les C.H.S.D.C. et les C.L.S.C. collaborent conjointement; à desservir leur clientèle commune qui est la personne âgée.

Voilà pourquoi le sujet de la recherche sera: La concertation entre les C.L.S.C. et les C.H.S.C.D. pour accroître leur complémentarité et améliorer les services à la clientèle âgée en perte d'autonomie.

² Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Une réforme axée sur le citoyen, Le ministre Marc-Yvan Côté, le 7 décembre 1990.

³ Le Ministère désigne ici, et jusqu'à la fin du document, le Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le mandat de la chercheure est de vérifier comment les établissements (C.H.S.D.C. et C.L.S.C.) s'acquittent de leurs obligations en regard de l'article 101 de la Loi⁴ et quels sont les problèmes rencontrés en ce qui s'applique à ce:

- . que les services qu'ils dispensent le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et les autres ressources de la région et que l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir;
- . que les établissements dirigent les personnes à qui ils ne peuvent dispenser certains services vers un autre établissement, organisme ou autre personne qui dispense ces services.

Pour réaliser ce mandat, nous utiliserons la Loi et nous regarderons les modalités de communication existantes entre les C.H.S.C.D. et les C.L.S.C. concernant la continuité des services aux usagers. Le but de cet exercice est de faire ressortir les lacunes reliées à la coordination et à la complémentarité des services entre les établissements telles que préconisées par la Loi.

⁴ La Loi désigne ici, et jusqu'à la fin du document, la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (projet de loi 120, 1991. chapitre 42). De même, lorsque nous renvoyons les lecteurs à un article de Loi, il s'agit d'un article du projet de la Loi no. 120.

L'aspect légal fera partie intégrale de l'ensemble du document. La Loi sur les services de santé et les services sociaux est à la base de toutes les actions entreprises par les organisations. Nous verrons les obligations des Régies Régionales, des conseils d'administration des établissements et les droits des usagers en regard de la dispensation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie par les C.L.S.C. et les centres hospitaliers.

Dans le contexte où des personnes âgées ont des incapacités persistantes ou sont aux prises avec des pathologies qui, compte tenu de leur situation globale font en sorte de compromettre leur maintien à domicile. Comment les C.H.S.D.C. et C.L.S.C. se concertent et planifient conjointement leurs interventions pour assurer à ces usagers une complémentarité et continuité de services?

Par la suite, nous proposerons comme solution un modèle conceptuel qui, nous l'espérons servira d'outils de base aux établissements pour les aider à améliorer les liens fonctionnels entre eux. Nous souhaitons que cette nouvelle approche ait des répercussions positives dans la dispensation des services aux clients.

C'est donc avec ces objectifs et dans cette optique que nous entreprenons cette recherche.

Concrètement, nous suivrons le cheminement suivant:

- 1- La référence à des articles de Loi qui ont une influence sur l'organisation et la dispensation des services des établissements sous études;
- 2- La description des structures, du fonctionnement et de l'environnement de ces centres, afin d'en donner un portrait global;
- 3- La définition de la problématique en regard du fonctionnement actuel entre les établissements;
- 4- La proposition des modifications à apporter, s'il y a lieu, aux modalités de fonctionnement des établissements entre eux, afin de répondre aux exigences légales et optimiser le processus de prestation de services à la clientèle âgée en perte d'autonomie.

CHAPITRE I

LE CONTEXTE LÉGAL

La Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives adoptée le 4 septembre 1991, apporte des changements dans l'organisation des établissements.

1.1 Le conseil d'administration

Nous verrons dans un premier temps les changements survenus au niveau des pouvoirs et obligations du conseil d'administration.

L'article 170 de la Loi stipule que:

Le Conseil gère les affaires de tout établissement qu'il administre et en exerce tous les pouvoirs.⁵

⁵ Gouvernement du Québec. Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, Édition spéciale, Projet de loi 120, L.Q. 1991, C. 42 [L.R.Q., C.S.-5.1] 1992.

Antérieurement, le Conseil pouvait établir expressément un comité administratif et déterminer les fonctions, pouvoirs et devoirs de celui-ci; maintenant non seulement il peut établir un comité administratif; de même il peut en vertu de l'article 106 édicter les règlements nécessaires à la conduite de ses affaires et à l'exercice de ses responsabilités.

Cet article de la Loi vient confirmer que le Conseil a des pouvoirs et de ces pouvoirs découlent des obligations.

À ce titre, les articles 171 et 172 nous indiquent ses obligations:

L'article 171 stipule que:

Le Conseil d'administration établit les priorités et les orientations de tout établissement qu'il administre et voit à leur respect.⁶

L'article 172 stipule que:

Le Conseil d'administration doit en outre pour tout établissement qu'il administre s'assurer:

- 1- De la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés;

⁶ Ibid., p. 120.

- 2- du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.⁷

1.2 Les établissements

L'article 94 de la Loi donne la définition suivante: "Est un établissement toute personne ou société qui exerce des activités propres à la mission de l'un ou de plusieurs des centres visés à l'article 79".⁸

Leurs fonctions sont définies de part les articles 101 et 105.

L'article 101 stipule que:

L'établissement doit notamment:

- 1- recevoir toute personne qui requiert ses services et évaluer ses besoins;
- 2- dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec lequel il a conclu une entente de services visée à l'article 108;
- 3- veiller à ce que les services qu'il dispense le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et les autres ressources de la région et que l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir;
- 4- diriger les personnes à qui il ne peut dispenser certains services vers un autre

⁷ Ibid., p. 121.

⁸ Ibid., p. 81.

établissement ou organisme ou une autre personne qui dispense ces services.⁹

L'article 105 stipule que:

- 1- L'établissement détermine les services de santé et les services sociaux qu'il dispense de même que les diverses activités qu'il organise, en tenant compte de la mission de tout centre qu'il exploite et des ressources disponibles et conformément aux plans régionaux d'organisation de services élaborés par la régie régionale pour l'atteinte des objectifs fixés aux divers programmes établis par le ministre.
- 2- L'établissement fixe également les paramètres des services de santé et des services sociaux qu'il dispense et soumet ces paramètres à l'approbation de la régie régionale.¹⁰

1.3 Les régies régionales

Le gouvernement a institué pour chaque région qu'il délimite, une Régie régionale de la Santé et des Services sociaux (R.R.S.S.S.). Celle-ci remplace le Conseil régional de la Santé et des Services sociaux (C.R.S.S.S.). Les établissements se doivent de travailler en étroite collaboration avec la Régie régionale de leur territoire. En effet, nous verrons que la Régie régionale exerce des droits et pouvoirs qui ont des répercussions sur les C.H.S.C.D. et les C.L.S.C.

⁹ Ibid., p. 85.

¹⁰ Ibid., p. 87.

1.3.1 Les rôles des régies régionales

La Loi définit comme suit les rôles des régies régionales, en effet:

L'article 340 stipule que:

La Régie régionale a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en oeuvre et d'évaluer, dans la région, les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le ministre.

Elle a aussi pour objet:

- 3- D'établir les plans d'organisation de services de son territoire et d'évaluer l'efficacité des services; la partie des plans d'organisation de services qui vise des services médicaux doit faire l'objet d'un avis de la Commission médicale régionale obtenu de la manière prévue au paragraphe 1er du premier alinéa de l'article 369.¹¹

1.3.1.1 Les régies régionales et les priorités de santé et de bien-être

Les régies régionales ont d'autres fonctions reliées aux priorités de santé et de bien-être, notamment:

¹¹ Ibid., p. 212.

L'article 346 stipule que:

La Régie régionale veille au respect des priorités approuvées par l'Assemblée régionale et à l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être. À cette fin, elle:

- 2- identifie les besoins de la population en vue de l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services;
- 4- évalue, selon la périodicité que détermine le ministre, l'efficacité des services de santé et des services sociaux, le degré d'atteinte des objectifs poursuivis et le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services;
- 5- élabore et met en oeuvre, conformément aux directives du ministre, des évaluations de programmes de services auxquels participent les établissements.¹²

1.3.1.2 Les régies régionales et l'organisation des services

Voici les rôles des régies régionales reliées à l'organisation des services, en effet:

L'article 347 stipule que:

La Régie régionale doit, en collaboration avec les établissements et les organismes communautaires de sa région ainsi qu'avec les intervenants des secteurs d'activités ayant un impact sur la santé et les services sociaux, le cas échéant, élaborer et mettre en oeuvre des plans d'organisation de services qu'elle dépose à l'assemblée régionale.¹³

¹² Ibid., p. 214.

¹³ Ibid., p. 215.

1.3.1.3 Les régies régionales et la coordination
des services de santé et des services
sociaux

Voici les rôles des régies régionales reliées à la
coordination des services de santé et des services
sociaux, en effet:

L'article 352 stipule que:

La Régie régionale prend les mesures nécessaires
pour coordonner les activités des établissements et
des organismes communautaires ainsi que les
activités médicales particulièrement des médecins
soumis à une entente visée à l'article 360 en
favorisant, entre eux, la concertation et la
collaboration en vue d'assurer une utilisation
rationnelle et une répartition équitable des
ressources de façon à tenir compte de la
complémentarité des établissements, des organismes
et des cabinets, à éliminer entre eux les
dédouplements et à permettre la mise en place de
services communs.¹⁴

1.4 Les droits de l'utilisateur

L'article 4 de la Loi stipule que:

Toute personne a le droit d'être informée de
l'existence des services et des ressources
disponibles dans son milieu en matière de santé et
de services sociaux ainsi que des modalités d'accès
à ces services et à ces ressources.¹⁵

¹⁴ Ibid., p. 219.

¹⁵ Ibid., p. 38.

L'article 5 de la Loi stipule que:

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée.¹⁶

L'article 10 de la Loi stipule que:

Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être. Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103. Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.¹⁷

L'article 11 de la Loi stipule que:

Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout l'établissement.¹⁸

¹⁶ Ibid., p. 39.

¹⁷ Ibid., p. 43.

¹⁸ Ibid., p. 43.

1.4.1 Le dossier de l'utilisateur

L'article 24 de la Loi stipule que:

Un usager a droit d'obtenir que l'établissement fasse parvenir à un autre établissement ou à un professionnel qu'il désigne une copie, un extrait ou un résumé de son dossier, dans les plus brefs délais.¹⁹

Considérant les obligations légales des établissements; nous pouvons déjà à cette étape, nous interroger sur les difficultés et/ou situations problématiques rencontrées par les C.H.S.D.C. et les C.L.S.C. en terme de:

1. Continuité et complémentarité des services inter établissements.
2. Concertation, collaboration avec leurs régies régionales pour la coordination et l'organisation des services dans le cadre d'un P.R.O.S..
3. L'application de la Loi concernant des droits de l'utilisateur en terme de:
 - . recevoir de l'information,
 - . recevoir des services continus,
 - . de participer à l'élaboration de son plan de services individualisés,

¹⁹ Ibid., p. 54.

- . d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout établissement,
 - . d'obtenir que l'établissement fasse parvenir à un autre établissement ou à un professionnel qu'il désigne une copie, un extrait ou un résumé de son dossier, dans les plus brefs délais.
4. La mise sur pied d'éléments structuraux entre les établissements pour assurer aux personnes âgées en perte d'autonomie des services continus de meilleure qualité.

CHAPITRE II

LA RECHERCHE-ACTION PAR L'APPROCHE SYSTÉMIQUE

CHAPITRE II

LA RECHERCHE-ACTION PAR L'APPROCHE SYSTÉMIQUE

2.1 Le contexte de la recherche

La sanction de la Loi que nous avons abordée dans le chapitre précédent, en plus de réaffirmer le grand objectif d'accessibilité universelle²⁰, favorise la participation de la population à l'administration des instances régionales et des établissements qui procurent ces services.

La nouvelle Loi amène pour les établissements certains ajustements.

Prenant appui sur les structures déjà en place et associant à celles-ci des personnes, groupes ou organismes présents dans le réseau, la Loi ne vient pas, au premier chef, bouleverser fondamentalement ce réseau mais introduit néanmoins des innovations qui pourraient avoir pour résultat, à moyen terme, de transformer le fonctionnement du réseau et des établissements qui sont les artisans de la dispensation des soins et des services.²¹

²⁰ Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport de la Commission Rochon, p. 686.

²¹ Gouvernement du Québec, Assemblée nationale. Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. Édition spéciale, Projet de loi 120, 1991, Chap. 42, p. 2.

De même, le gouvernement, afin que la prise de décision soit le plus près possible de l'action dit: il faut procéder à une réelle décentralisation vers les régions; accorder une marge de manoeuvre véritable aux établissements.²²

La décentralisation des prises de décision en région amènera obligatoirement les établissements à plus de collaboration et de complémentarité entre eux. Les modes de fonctionnement seront modifiés.

Selon un document du Ministère, il faut:

Accroître la complémentarité et la concertation entre les établissements, le manque de complémentarité et de concertation entre les établissements est très visible au sein du réseau. Il faut s'assurer d'une approche concertée, notamment en fonction de clientèles spécifiques telles que les personnes âgées, les jeunes ou les personnes handicapées.²³

Notre travail de recherche sera d'investiguer comment se vivent dans le quotidien les dispositions prévues par la Loi en ce qui regarde la complémentarité, concertation, coordination et continuité des services à la clientèle entre les C.L.S.C. et les C.H.S.C.D.

²² Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Une réforme axée sur le citoyen, Le ministre Marc-Yvan Côté, le 7 décembre 1990.

²³ Ibid., p. 68.

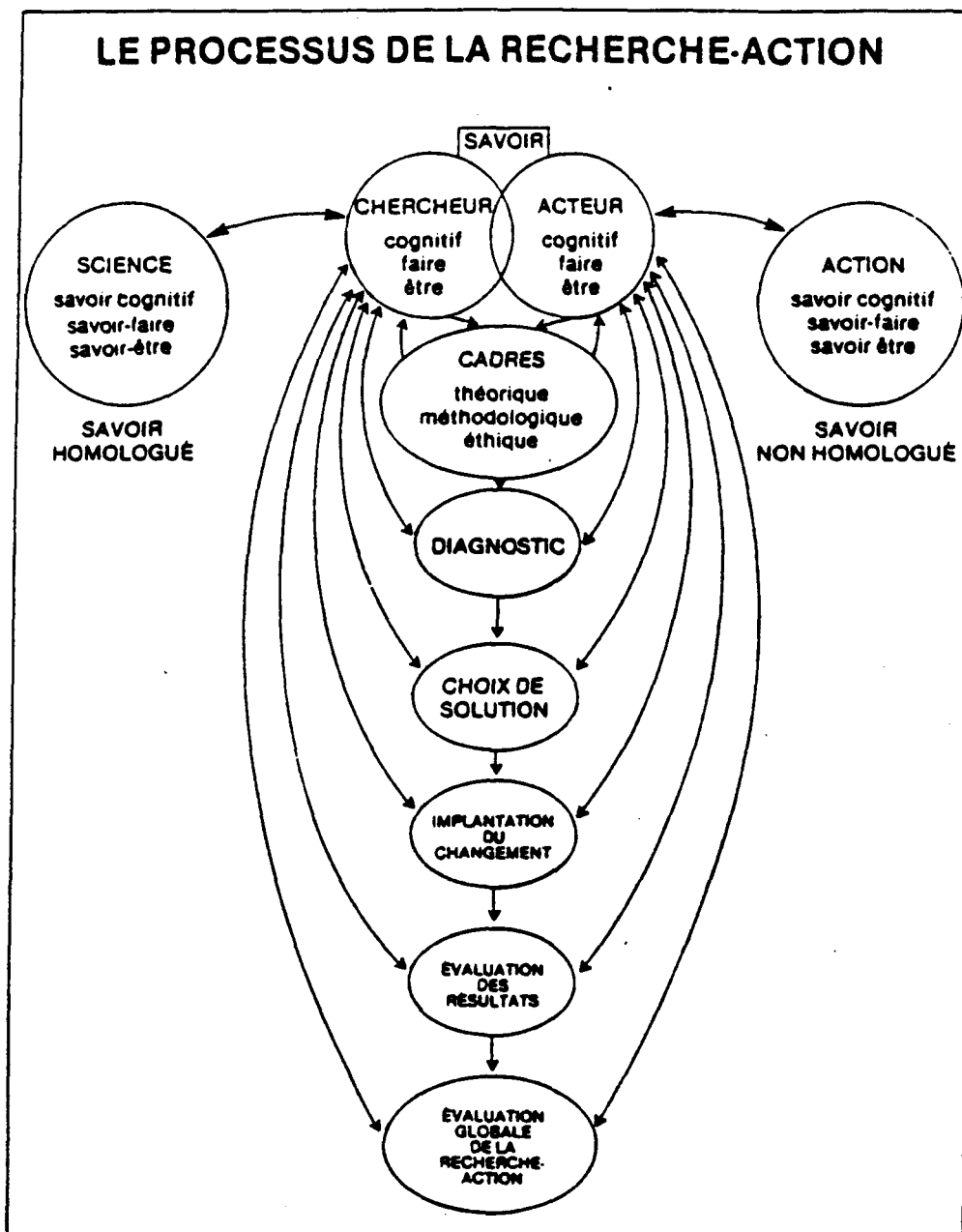
La recherche-action s'inscrit bien dans cette perspective de réaliser un changement dans les organisations avec l'intervention des acteurs (Figure 1).

Voyons dans quelle mesure les différents éléments de cette définition se retrouvent à l'intérieur de la démarche effectuée.

- Association expert-client: dans le cadre de l'intervention, il s'agit bien de l'association d'un expert (en l'occurrence la chercheure) et de clients (les C.H.S.C.D. et les C.L.S.C) et plus particulièrement comme acteurs (les membres de distribution des services de soins et d'assistance et d'autres professionnels de la santé et des cadres) de ces établissements.

- Qui ensemble identifient et étudient une situation problématique: malgré que la situation problématique était déjà bien délimitée par les acteurs dans l'étude réalisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux; il s'agit pour la chercheure dans le cadre de son projet de recherche, d'utiliser les sources d'informations (banque de données etc.) contenues dans cette étude afin d'identifier un problème conjoint aux C.H.S.C.D. et aux C.L.S.C. relié à leur système client et d'en dégager les principaux éléments perturbateurs.

Figure 1
Le processus de la recherche-action



Source: Paul Prévost, Le diagnostic-intervention, (2 PMO 802 - Diagnostic organisationnel), Leer, 1983.

- À l'aide d'une méthodologie de diagnostic organisationnelle et des savoirs: La méthodologie utilisée dans le cadre de cette intervention est celle de Peter Checkland.

2.2.2 L'approche systémique: une méthodologie de diagnostic organisationnel

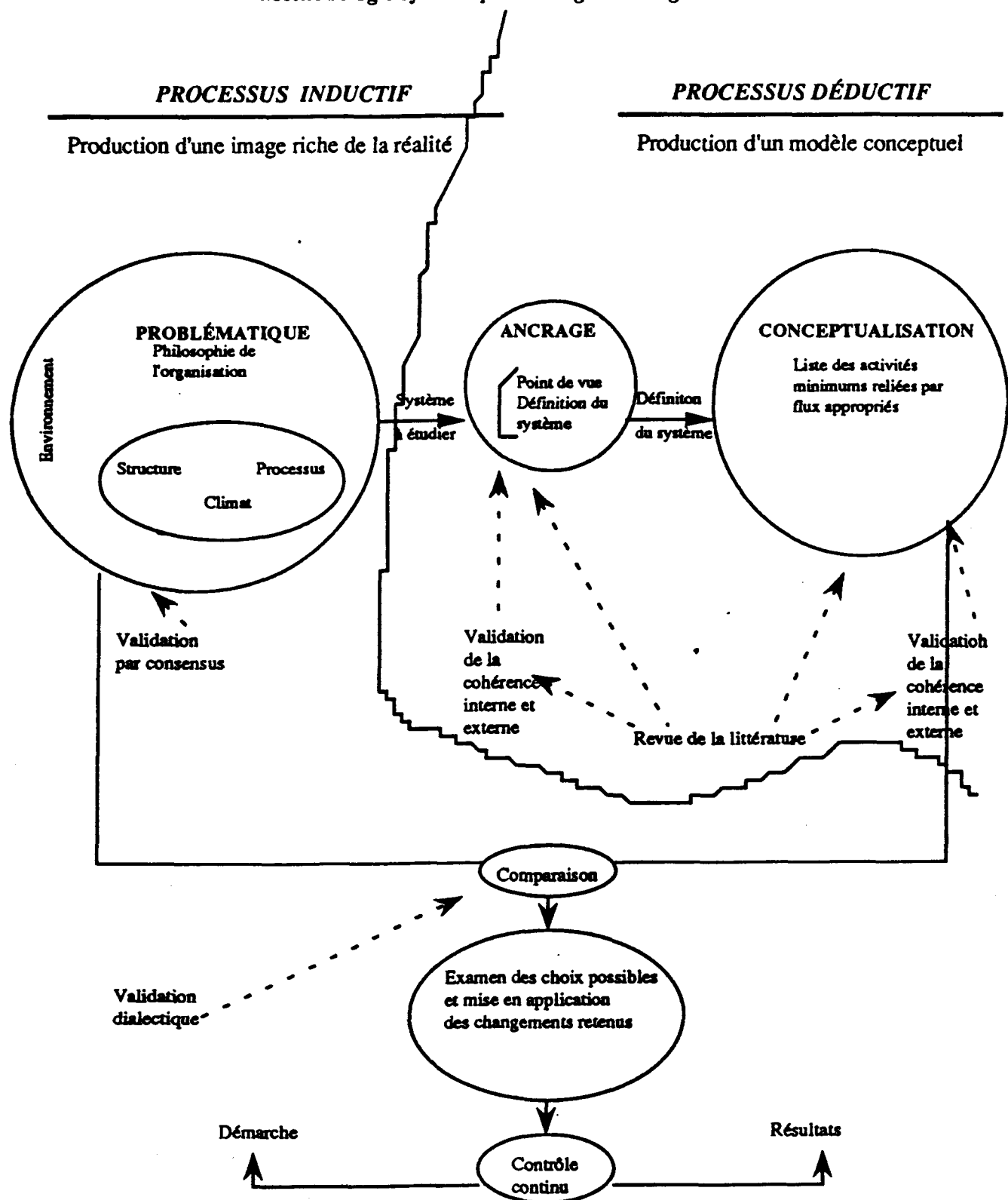
La méthodologie de diagnostic proposée est une adaptation des travaux de P.B. Checkland et a été élaborée dans le but de faciliter l'attaque des problèmes complexes (figure 2).

Checkland suggère en premier lieu de prendre contact avec le milieu problématique à l'aide d'une description de ce dernier en terme de processus et de structure de façon à obtenir une représentation "riche" de la situation.

Cette description doit permettre le choix d'un point d'ancrage à partir duquel un modèle conceptuel est élaboré à l'aide du langage systémique.

Les étapes suivantes consistent à utiliser le modèle conceptuel comme un cadre théorique de référence et à le comparer avec la représentation riche pour déterminer les lieux de changements et tenter d'effectuer les modifications nécessaires.

Figure 2
Méthodologie systémique de diagnostic organisationnel



L'approche de P.B. de Checkland comporte sept étapes:

- 1- L'élaboration de la problématique ou état de la situation;
- 2- l'ancrage;
- 3- la conceptualisation;
- 4- la comparaison;
- 5- l'examen des changements possibles et leur conception si nécessaire;
- 6- la mise en application des changements retenus;
- 7- le contrôle.

Ces phases méthodologiques seront reprises en détail au fur et à mesure de la recherche.²⁴

2.2.3 L'intervention comme application de la recherche-action

La recherche-action relève d'un processus scientifique qui demande à la fois la participation de chercheurs et d'acteurs.

La recherche est une investigation originale en vue d'acquérir de nouvelles connaissances scientifiques pour les appliquer à la résolution de problèmes techniques (recherche appliquée).²⁵

²⁴ Nous suivrons cette méthodologie tout au long de notre travail. Cependant, les points 6 et 7 ne pourront être réalisés pour des raisons expliquées à la page 28.

²⁵ Prévost, Paul. Le diagnostic-intervention: une approche systémique au diagnostic organisationnel et à la recherche-action, LEER, 1983, p. 75.

En ce qui a trait à l'action, Prévost précise que:

L'action est un ensemble de gestes produits en vue de transformer de façon intentionnelle une situation pré-existante dans le but de l'améliorer.²⁶

On peut affirmer que l'intervention pratiquée par la chercheure s'inscrit dans le contexte de la "recherche-action" (figure 1) il s'agit en l'occurrence non seulement de proposer aux organisations un système permettant de résoudre leur problème, mais également de proposer une méthode d'implantation des éléments de ce système tout en respectant les contraintes des établissements.

Cette recherche se fera d'abord en assimilant le contexte des changements exigés par la Loi, en parvenant à une bonne compréhension des milieux sous études, en explorant les difficultés soulevées par cette situation et en favorisant l'émergence de solutions applicables aux milieux, notamment en soumettant des recommandations quant à leur application.

2.3 Les objectifs de la recherche

Les objectifs généraux de notre recherche peuvent être résumés comme suit:

²⁶ Ibid., p. 75.

- 1- décrire la réalité des "établissements" et le contexte légal qui s'y rattache;
- 2- identifier les problèmes liés au processus de collaboration entre les établissements et en cerner les conséquences sur la prestation et la continuité des services pour la clientèle;
- 3- poser un diagnostic organisationnel;
- 4- concevoir des recommandations qui relient les sous-systèmes au système général; (générer des solutions et faciliter le développement d'outils, ex. protocoles, mécanismes, etc. qui amélioreraient les liens entre les établissements);
- 5- proposer un modèle de concertation organisationnel pour les deux organisations (C.H.S.C.D. et C.L.S.C.) réaliste et réalisable.

Certains éléments du processus de la figure 1 ne seront pas abordés dans ce mémoire étant donné le contexte dans lequel se trouve la chercheuse.

Ces éléments sont:

- 1- L'implantation du changement
- 2- L'évaluation des résultats
- 3- L'évaluation globale de la recherche-action

Le travail de recherche sera remis au Ministère de la Santé et des Services sociaux et il est impossible à ce moment-

ci; compte tenu des circonstances de recevoir le mandat d'implanter ce modèle pour les établissements sous étude en raison de la confidentialité exigée par le Ministère.

CHAPITRE III

LE CONTENU DU MANDAT

CHAPITRE III

LE CONTENU DU MANDAT

3.1 Présentation de l'organisation

L'étude porte sur neuf C.H.S.C.D. et neuf C.L.S.C. correspondant aux territoires de D.S.C. et ayant sensiblement un même bassin de desserte. (Liste des établissements sélectionnés, voir le tableau 1).

Par ailleurs, pour les besoins de notre étude, nous convenons que lorsque nous citons un C.H.S.C.D. ou un C.L.S.C. vous devez comprendre que cet établissement représente l'ensemble des établissements du même type.

Le travail de recherche est effectué dans un certain nombre de C.H.S.C.D et de C.L.S.C présentant une diversité de caractéristiques importantes.

TABLEAU 1
LISTE DES ÉTABLISSEMENTS SÉLECTIONNÉS

R.S.S.	DENSITÉ (1)	D.S.C.	RATIO HAD/HÉB (2)	C.L.S.C.	C.H.S.C.D.	STATUT (3)	U.C.D.G. (4)
03	M	SAINT-SACREMENT	FAIBLE	HAUTE-VILLE	ST-SACREMENT	U	X
06	M	ST-LUC	FORT	CENTRE-VILLE	ST-LUC	U	X
06	M	STE-JUSTINE	MOYEN	CÔTE-DES-NEIGES	GÉNÉRAL JUIF	U	X
06	M	SACRÉ-COEUR	FAIBLE	ARUNSTIC	FLEURY	-	X
04	S-U	STE-CROIX	FAIBLE	DRUMMOND	STE-CROIX	-	X
07	S-U	OUTAOUAIS	MOYEN	HULL	C.H.R.O.	-	X
05	S-U	SHERBROOKE	MOYEN	S.O.C.	H.D. SHERBROOKE	-	X
11	F	GASPÉ	FORT	DE LA POINTE	H.D. GASPÉ	-	-
09(5)	F	BAIE-COMEAU	FORT	L'AQUILON	HÔPITAL BAIE- COMEAU	-	-

(1) : M : Secteur très urbain ou métropole

S-U : Secteur urbain ou semi-urbain

F : À faible densité de population

(2) : Ratio de la richesse en ressources de maintien à domicile sur les ressources d'hébergement institutionnelles sur la base du territoire du D.S.C.

(3) : U : C.H.S.C.D. ayant un statut universitaire

(4) : Le X indique la présence d'une unité de courte durée gériatrique dans le C.H.S.C.D. Nous avons aussi tenu compte d'autres particularités de fonctionnement des services aux personnes âgées.

(5) : Cette région expérimente de nouveaux mécanismes d'orientation et d'admission.

3.1.1 Une description limitée du contenu problématique

C'est dans le cadre du cours de "séminaire de spécialisation" à la session d'hiver 1991 que germa chez la chercheure l'idée de réaliser une intervention dans le domaine de la gestion des établissements publics du réseau de la santé et de services sociaux et concernant particulièrement la clientèle âgée.

- . Les interrogations de la chercheure proviennent d'une part des propos du ministre de la Santé et des Services sociaux M. Marc-Yvan Côté²⁷ à l'effet qu'il faut accroître la complémentarité et la concertation entre les établissements du réseau.
- . D'autre part, le dossier de l'engorgement des urgences l'amène à certaines réflexions quant à l'organisation des services entre les établissements pour la clientèle âgée en perte d'autonomie.

En effet dans un rapport, le groupe d'experts (le G.T.I.) formule des recommandations tant aux conseils d'administration des établissements visités et aux régies régionales concernées qu'au ministère quant aux correctifs à apporter et aux mesures à prendre.

²⁷ Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Une réforme axée sur le citoyen, Le ministre Marc-Yvan Côté, le 7 décembre 1990, p. 68.

Ces deux sources d'information incitent la chercheuse à se poser la question suivante: Quelles sont au niveau de l'organisation des services du C.H.S.C.D. et du C.L.S.C., les duplications d'activités et/ou les manques de collaboration et de concertation entre les établissements, qui entravent les services à la clientèle âgée en perte d'autonomie, et quels en sont les effets sur cette clientèle?

Voici quelques problèmes mentionnés dans le rapport du G.T.I. en regard de la clientèle âgée en perte d'autonomie:

1. Admissions et départs: de façon générale, on n'interroge pas la pertinence des admissions et la planification des départs n'existe pas.
2. À la sortie de l'hôpital, la personne âgée a souvent besoin de support pour son retour à domicile ou encore pour son admission dans une ressource d'hébergement. Le G.T.I. considère que le centre hospitalier est responsable d'aider la personne âgée ou sa famille à trouver les ressources les plus appropriées. Ceci exige une équipe responsable qui a établi des liens avec la communauté.

Selon eux, l'hôpital doit donc trouver le moyen d'établir des liens avec les C.L.S.C. pour les soins ou l'aide à domicile avec les organismes communautaires de support et avec les ressources d'hébergement du territoire.

Ces problèmes font référence aux liens fonctionnels entre les centres hospitaliers et les autres ressources du réseau.²⁸

3. Pour faire suite à son plan d'action dans le dossier "Situation dans les urgences", le ministre de la Santé crée un groupe stratégique (le G.S.U) qui a pour mandat principal de cibler des moyens efficaces et concrets de solution; et de lui formuler des recommandations concernant certains points majeurs dont "La réponse aux besoins des personnes âgées".

En regard de son mandat, voici une des recommandations:

Que le M.S.S.S. exige que le conseil d'administration de chaque C.H.S.C.D. et de chaque C.L.S.C. soumette à la Régie régionale son plan d'action pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie. Ce plan d'action s'établira en conformité avec les orientations régionales.²⁹

Le sujet de recherche étant: La concertation entre les C.L.S.C. et les C.H.S.C.D.; pour accroître leur complémentarité et améliorer les services à la clientèle âgée en perte d'autonomie.

²⁸ Rapport de la première année d'activité du groupe tactique d'intervention, Québec, 24 mai 1991.

²⁹ Rapport complet, Groupe stratégique des urgences, juin 1992.

Voici un résumé des indices objectifs qui soutiennent l'idée de recherche:

- La planification des départs (avec les autres ressources ex. C.L.S.C.) n'existent pas pour les usagers qui quittent les centres hospitaliers.
- La responsabilité que le G.T.I. attribue au C.H.S.C.D. de donner le support et l'aide nécessaire à la personne âgée ou à sa famille pour préparer son retour à domicile avec les ressources de la communauté, par exemple le C.L.S.C.
- Le plan d'action concerté et complémentaire que les établissements doivent soumettre à leur Régie régionale pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie.

. Nous avons utilisé la recherche³⁰ de chercheurs du M.S.S.S. pour vérifier et valider auprès de ces organisations trois (3) éléments:

- 1- Comment elles travaillent entre elles, de façon complémentaire et concertée?
- 2- Quels liens existent entre elles?

³⁰

Trahan L., Bélanger, L. et Bolduc, M. Une évaluation de la prestation de services dans les C.L.S.C. et les Centres Hospitaliers pour des services de qualité aux personnes âgées en perte d'autonomie, M.S.S.S., 1993.

- 3- Quelles seraient les améliorations souhaitées, pour améliorer leurs relations et les services à la clientèle âgée en perte d'autonomie?

3.1.2 Les sources de données et autres ressources disponibles

Il nous est impossible de dévoiler des informations contenues dans les fichiers du M.S.S.S. considérant que nous devons préserver la confidentialité des établissements ayant participé à l'étude. En effet, nous avons obtenu l'autorisation d'utiliser la banque de données sur "L'organisation et la dispensation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie par les C.L.S.C. et les centres hospitaliers" à la condition que les informations contenues dans ces fichiers soient traitées de façon dépersonnalisée de sorte qu'aucun établissement ni aucune région ne puissent être reconnus.

Cette étude fut réalisée de 1991 (devis) à novembre 1993 (rapport d'évaluation).

Nous avons la possibilité si nécessaire de référer aux chercheurs du M.S.S.S. qui ont rédigé cette étude évaluative.

3.2 La population visée par l'étude

La recherche touche la population âgée de 60 ans ou plus qui a des incapacités persistantes ou qui est aux prises avec des pathologies qui, compte tenu de l'ensemble de sa situation, sont susceptibles de compromettre son maintien à domicile.

3.3 L'identification des acteurs

Le choix des intervenants qui ont participé à l'étude s'est fait à l'intérieur des C.L.S.C et les centres hospitaliers concernés; nous y reviendrons au chapitre V.

CHAPITRE IV

LES RÉALITÉS DE L'ORGANISATION (IMAGE RICHE)

CHAPITRE IV

LES RÉALITÉS DE L'ORGANISATION (IMAGE RICHE)

4.1 Présentation des deux organismes:

- a) Le premier le C.H.S.C.D.
- b) Le deuxième le C.L.S.C.

Ce chapitre décrit des centres hospitaliers de soins de courte durée, des centres locaux de services communautaires et leur environnement. Pour les besoins de notre enquête; tel que mentionné au chapitre précédent, nous décrivons une organisation générale qui représente l'ensemble des neuf centres hospitaliers de soins de courte durée et des neuf C.L.S.C. faisant partie de l'environnement.

Voici quelques-uns des critères qui ont servi à la sélection des établissements sous étude à partir du devis de l'étude évaluative des chercheurs du M.S.S.S.³¹

³¹ Trahan, L., Bélanger, L. et Bolduc, M. L'organisation et la dispensation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie par les C.L.S.C. et les Centres hospitaliers, Devis d'une étude évaluative, 1991, pp. 26-27-28.

- La densité de la population: trois types de milieux ont été considérés, soit les milieux fortement urbanisés (Montréal et Québec), les autres milieux urbains ou semi-urbains (les villes de 30,000 habitants et plus) et les milieux à faible densité de population.
- Des caractéristiques liées au statut des C.H.S.C.D. et à l'organisation des services aux personnes âgées: certains des C.H.S.C.D. sont des hôpitaux universitaires alors que ce n'est pas le cas pour les autres. Le mode d'organisation des services varie: absence ou présence d'unités de courte durée gériatrique, d'hôpitaux de jour, modalités de fonctionnement différentes, etc.
- Les caractéristiques des C.L.S.C. choisies pour chaque territoire de D.S.C. à partir des données sur le taux de satisfaction en soins et services à domicile, telles qu'établies par la Fédération des C.L.S.C.(1989). Le choix du C.H.S.C.D. correspondant a été fait en fonction de la plus grande similitude possible du bassin de desserte.
- La richesse en maintien à domicile, la richesse en ressources d'hébergement institutionnelle ainsi que le rapport entre les deux. Ce paramètre a été considéré compte tenu du constat à l'effet que la disponibilité de diverses ressources influence l'accès aux services et les décisions des intervenants.

4.1.1 Les missions

. La mission des C.H.S.C.D

La mission est d'offrir des services de diagnostics et des soins médicaux généraux et spécialisés à la population qu'ils desservent.

. La mission des C.L.S.C.

La mission des C.L.S.C. est d'offrir des services de première ligne à la population du territoire qu'ils desservent; ces services sont: des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

4.1.2 Les programmes et services

Au Québec, les programmes de soins de longue durée destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie sont de trois types: 1) les programmes en établissement, 2) les programmes de services à domicile et 3) les programmes communautaires.

Ces programmes ne relèvent pas des mêmes instances. Pour la compréhension des lecteurs, nous vous référons à une liste des programmes québécois de longue durée destiné aux personnes âgées (tableau 2).

TABLERAU 2**LISTE DES PROGRAMMES QUÉBÉCOIS DE LONGUE DURÉE
DESTINÉS AUX PERSONNES ÂGÉES****PROGRAMMES EN ÉTABLISSEMENT**

- a) Centre d'accueil d'hébergement et centre hospitalier de soins de longue durée publics et privés conventionnés et l'unité de soins de longue durée dans les centres hospitaliers de courte durée
- b) Centre d'accueil privé autofinancé
- c) Pavillon
- d) Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
- e) Unité de soins de courte durée gériatrique
- f) Équipe ambulatoire de psychogériatrie
- g) Famille d'accueil

PROGRAMMES DE SERVICES À DOMICILE

- a) Services à domicile réguliers
- b) Services intensifs de maintien à domicile (S.I.M.A.D.)
- c) Maintien à domicile des personnes handicapées: Fonds régional
- d) Soins spécialisés à domicile

PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES

- a) Programme de soutien aux organismes communautaires
- b) Centre de jour
- c) Hôpital de jour
- d) Hébergement temporaire

Source: Direction des services de longue durée, M.S.S.S., 1990.

Voici les principaux objectifs de ces quatre programmes. Des objectifs communs à ces programmes visent la récupération et la stabilisation du fonctionnement physique, mental et social ainsi que le ralentissement du processus dégénératif affectant ces trois niveaux de fonctionnement. Ils se traduisent par l'organisation de services répondant aux besoins d'ordre physique, psychologique et social des bénéficiaires, des services d'appoint (santé, entretien physique et matériel) ainsi que de services visant l'amélioration sinon la préservation de l'autonomie et des capacités fonctionnelles des bénéficiaires.

Ces services visent donc entre autre à éviter un séjour en centre hospitalier de soins de courte durée (C.H.S.C.D.) ou à en diminuer la durée. Il apparaît donc, que la santé et le bien-être des bénéficiaires font non seulement partie des objectifs explicites de ces programmes, mais qu'ils en sont la raison d'être. C'est en fait toujours le cas, mais il faut périodiquement s'assurer que subsistent les liens qui ont été confirmés, à un moment précis dans le temps, entre d'une part la structure et le processus et d'autres parts les résultats.³²

³² Barnoid, Louise. L'évaluation quantitative des résultats des programmes de longue durée sur la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées en perte d'autonomie, M.S.S.S., 1993, p. 10.

4.1.2.1 Les programmes et services offerts en C.H.S.C.D.

Nous nous intéresserons à ce moment-ci aux programmes offerts dans les centres hospitaliers de courte durée.

Tous les établissements offrent des programmes, des services de soins et des services de santé pour une clientèle allant de l'enfant à la personne âgée. Ils ont des caractéristiques liées à leur statut et à l'organisation de leurs services aux personnes âgées.

Afin de faciliter la compréhension des lecteurs, nous allons dans les prochaines pages présenter une organisation avec une liste des services disponibles à la population âgée.

4.1.2.1.1 Les programmes

- . Programmes de réadaptation fonctionnelle intensive
- . Programmes de soins de courte durée gériatrique
- . Programmes en service ambulatoire de psychogériatrie
- . Programmes de maintien à domicile par l'hôpital de jour

Le mode d'organisation de services varie également, absence ou présence d'unités de courte durée gériatrique, d'hôpitaux de jour, etc.

Leurs modalités de fonctionnement sont également différentes.

4.1.2.1.2 Les services à l'interne

- L'urgence
- Le bloc opératoire
- La radiologie
- L'électrocardiologie
- Le laboratoire
- La pharmacie
- L'inhalothérapie
- La physiothérapie
- Les unités de médecine
- L'unité de soins intensifs et coronariens
- Le service social
- La gériatrie ambulatoire

4.1.2.1.3 Les services à l'externe

- La clinique externe
- La chirurgie d'un jour

4.1.2.2 Les programmes et services offerts en C.L.S.C.

Voici une liste de programmes et services disponibles à la personne âgée dans la plupart des C.L.S.C.

- I - Santé courants
 - Consultation médicale
 - Urgence
 - Consultation clinique (infirmier)
 - Prélèvements et électrocardiogrammes

- II - Soins à domicile

Ces programmes visent à éviter ou abréger une hospitalisation et/ou à retarder un placement en milieu institutionnel.

Dans certains cas, la physiothérapie à domicile fait partie de la gamme de services offerts.

Les programmes de maintien à domicile (M.A.D.) et de services intensifs de maintien à domicile (S.I.M.A.D.) en font partie.

- III - Santé préventive

- IV - Nutrition

- V - Santé dentaire

- VI - Sociaux courants

- consultation psycho-sociale

- information, orientation, référence à des organismes spécialisés

VII - Aide à domicile

Ce programme est axé sur le maintien à domicile des personnes âgées, malades chroniques, personnes handicapées et familles en difficultés. Le type d'aide offert après évaluation par le conseiller social est: travaux d'entretien ménager, aide à l'hygiène corporelle, faire de l'éducation et de l'enseignement (alimentation, consommation...) entre autre mandats. Les programmes M.A.D. et S.I.M.A.D. en font partie également.

VIII - Action communautaire

Les objectifs poursuivis par le service sont:

- . contribuer à la prise en charge des problèmes par les gens du milieu;
- . contribuer à l'amélioration du milieu et des conditions de vie.

Types d'activités: chômage et création d'emplois, organisation de bénévolat, organisation de corporations sans but lucratif, information à la population, etc.

4.1.3 L'environnement

4.1.3.1 L'environnement général ou macro-environnement

L'environnement est généralement défini comme étant "les forces ou facteurs incontrôlables influençant l'organisation".³³ Kast et Rosenzweig (1985) distinguent deux niveaux à l'environnement:³⁴

1. L'environnement général (macro-environnement)
2. L'environnement spécifique (immédiat)

La figure suivante (figure 3) présente le contenu de ces environnements. Par ailleurs, la description de l'environnement comprendra uniquement des informations jugées pertinentes à la problématique sous étude.

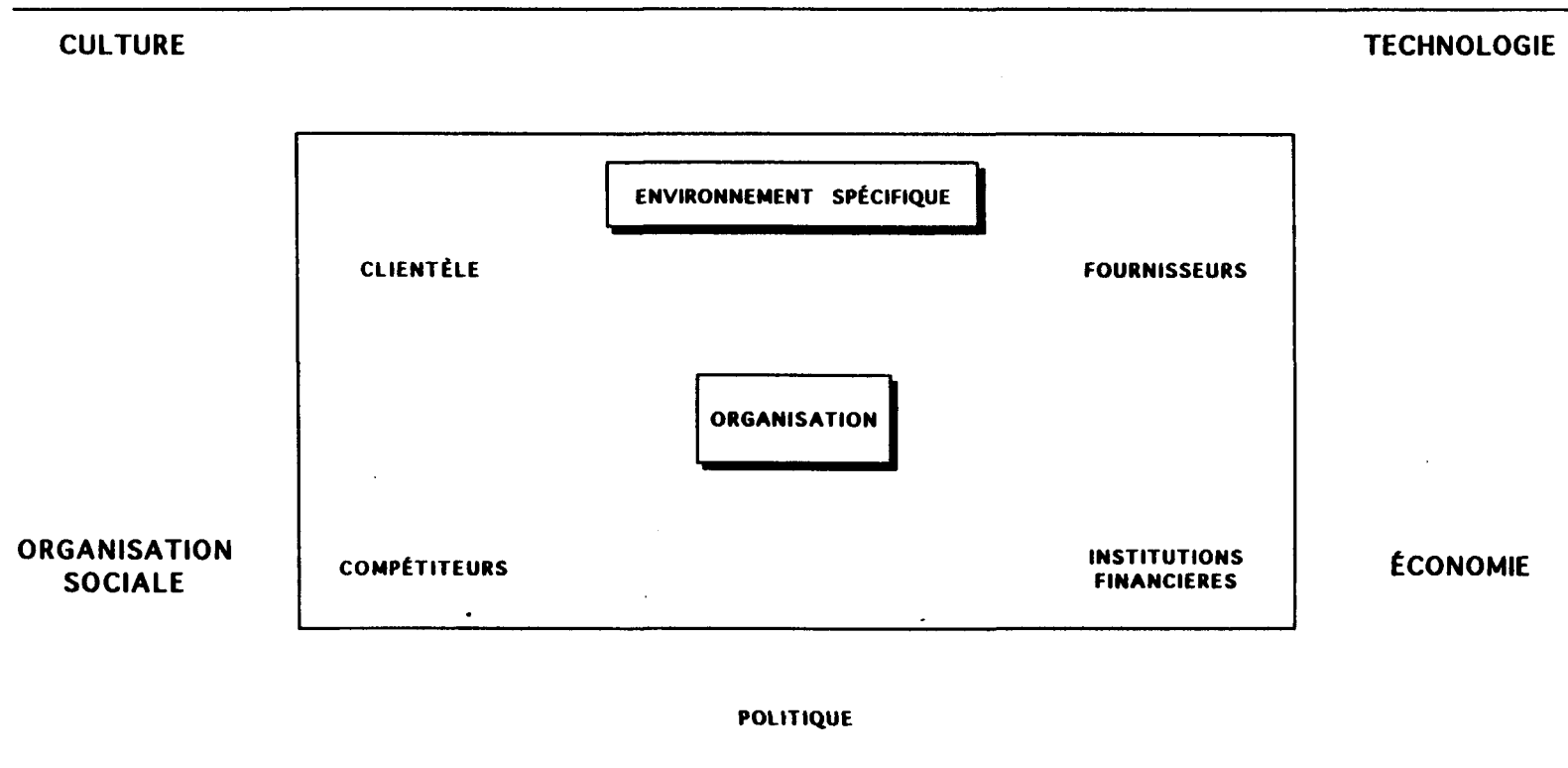
Le micro-environnement décrit la situation interne de l'organisation. Nous y reviendrons un peu plus loin concernant les processus de travail.

De façon spécifique, nous vous référons au schéma 1 qui représente le système organisationnel sous étude; vous remarquerez la présence du C.H.S.L.D. dans l'environnement

³³ Kast, F.C. et Rosenzweig, J.C. Organization and Management: A Systems and Contingency Approach, New-York, McGraw-Hill Book Company, 1985.

³⁴ Ibid.

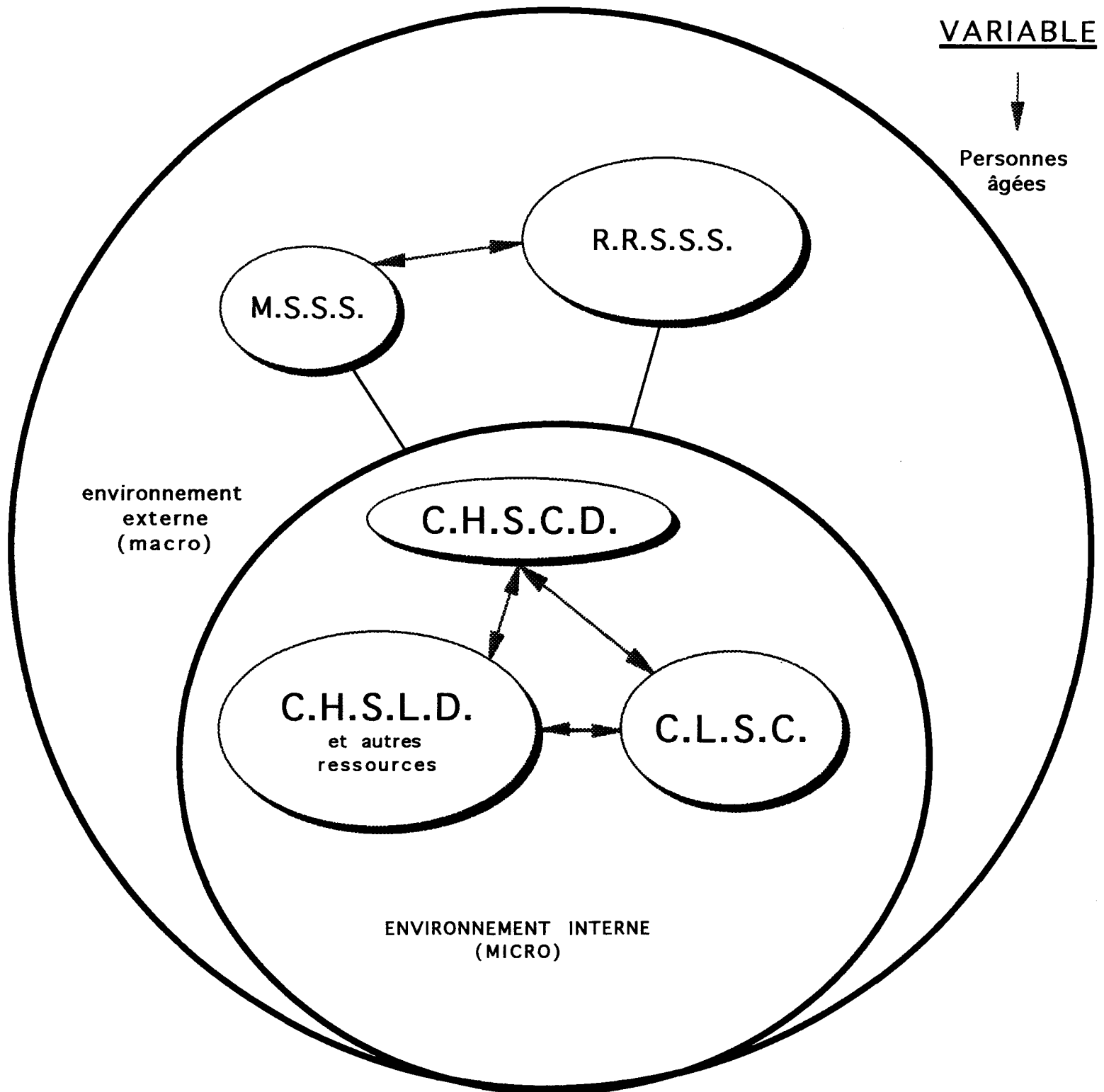
FIGURE 3
Les forces de l'environnement
ENVIRONNEMENT GÉNÉRAL



Source: Yves Bertrand et P. Guillemet, Les organisations: une approche systémique, 1991, p. 100.

schéma 1.

51



système organisationnel

interne; bien que cette ressource soit très présente dans le système, nous avons décidé de ne pas l'inclure dans le processus considérant, qu'elle ne faisait pas partie de l'étude évaluative du Ministère.

Dans le cas présent, compte tenu de la diversité géographique des établissements à l'étude, nous examinerons les aspects environnementaux d'une façon globale.

4.1.3.1.1 L'aspect politique-légal

- . Les lois régissant les établissements de santé et de services sociaux nous proviennent du M.S.S.S. et ont été adoptées par le gouvernement du Québec à l'Assemblée nationale.
- . Le Ministère détermine, par ses orientations, ses politiques et ses règlements, le fonctionnement général du réseau des établissements (centre d'hébergement de soins de longue durée, centres hospitaliers, centres locaux de services communautaires, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux etc.) et les services offerts par ces derniers.
- . La Régie régionale coordonne les activités des services de santé et des services sociaux en favorisant la concertation, la collaboration en vue d'assurer une utilisation rationnelle et une répartition équitable des

ressources de façon à tenir compte de la complémentarité des établissements, à éliminer entre eux les dédoublements et à permettre la mise en place de services communs.

- . Le budget de fonctionnement de chacun des établissements est adopté par le Conseil du trésor et transmis séparément à chacun des établissements par le Ministère. La Régie régionale joue un rôle dans la détermination des budgets aux établissements , en assure le contrôle.
- . En plus de la Loi sur la santé et les services sociaux, plusieurs autres lois, décrets ou codes jouent un rôle important dans le fonctionnement des établissements de ce secteur.

Ce sont: La Loi d'accès à l'information, la Loi de l'assurance-maladie du Québec, la Loi de l'assurance-hospitalisation, la Loi de l'assurance sociale, la Loi sur les droits et libertés de la personne, le Décret sur les conditions de travail des cadres ainsi que le Code des professions, le Code du travail et les diverses conventions collectives. Ces lois, décrets et codes interagissent dans le fonctionnement des établissements et viennent établir les règles et procédures touchant soit les aspects financiers, soit l'organisation professionnelle et/ou l'organisation des services aux usagers.

Nous avons traité d'autres aspects du sujet au chapitre I et nous vous y référons si besoin.

4.1.3.1.2 L'aspect économique

L'absence de concurrence formelle entre les établissements du secteur public entraîne peu de conséquences directes. Par ailleurs, depuis les années 1980, le Ministère augmente les pressions par le biais de compressions budgétaires afin de restreindre l'allocation des dépenses allouées aux établissements de santé et de services sociaux. Les établissements se trouvent alors coincés entre l'augmentation de la demande de services par la population qu'ils desservent et les restrictions de leur masse budgétaire imposées par le Ministère.

L'aspect économique a un impact important sur les orientations gouvernementales qui ont à leur tour une influence certaine sur les orientations et le développement des régies régionales de santé et services sociaux.

4.1.3.1.3 L'aspect technologique

Sur le plan administratif, la technologie informatique et bureautique s'est développée d'une façon similaire dans l'ensemble du réseau. Les facilités mises à la disposition de l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux par le Ministère, ont favorisé la formation de main d'oeuvre.

4.1.3.1.4 L'organisation sociale

. L'aspect géographique

L'étude couvre neuf régions selon le découpage en vigueur en 1987-1988.

Liste des régions sociosanitaires

- 01- Gaspésie - Iles-de-la-Madeleine
- 02- Saguenay Lac St-Jean
- 03- Québec
- 04- Trois-Rivières
- 05- Estrie
- 06- Montréal-Métropolitain
- 06A- Laurentides-Lanaudière
- 06B- Montérégie
- 07- Outaouais
- 08- Abitibi-Témiscamingue
- 09- Côte Nord

4.1.4 L'environnement spécifique

4.1.4.1 La clientèle

Ce sont surtout les intervenants et les représentants des R.R.S.S.S. et C.S.S. qui ont identifié certaines caractéristiques susceptibles de poser problème à un niveau ou

à un autre de la prestation de services. De telles caractéristiques sont mentionnées dans tous les territoires.

4.1.4.1.1 La clientèle et son milieu familial

Les principaux problèmes soulevés sont le manque de disponibilité des familles (identifiés dans trois territoires, dont un par un aidant) et, dans cinq territoires au total, le fait que les enfants se retrouvent à l'extérieur, (situation durement ressentie dans une région périphérique), le manque de collaboration ou, exceptionnellement, l'exploitation par les proches.

Par ailleurs, la volonté d'engagement de la part des familles et la force physique et morale des aidants sont mentionnées comme forces dans deux territoires.

4.1.4.1.2 La clientèle et son milieu social

Des problèmes d'isolement, de pauvreté et le manque de réseau social ressortent surtout l'un dans le milieu urbain et l'autre dans le semi-urbain.

4.2 Les structures

La structure d'une organisation peut être définie simplement comme la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre les tâches distinctes et pour ensuite

assurer la coordination nécessaire entre ces tâches.³⁵ Dans cette section, nous nous attarderons à décrire les structures formelles en indiquant les liens hiérarchiques et d'autorité fonctionnelle.

Afin de ne pas alourdir le processus d'analyse, nous étudierons en première partie les structures des neuf centres hospitaliers dans un processus unique et par la suite, les centres locaux de services communautaires eux aussi dans un processus unique. Puisque les établissements de même vocation présentent une similitude de fonctionnement, nous ne spécifierons que les écarts significatifs, s'il y a lieu.

4.2.1 L'organigramme d'un C.H.S.C.D.

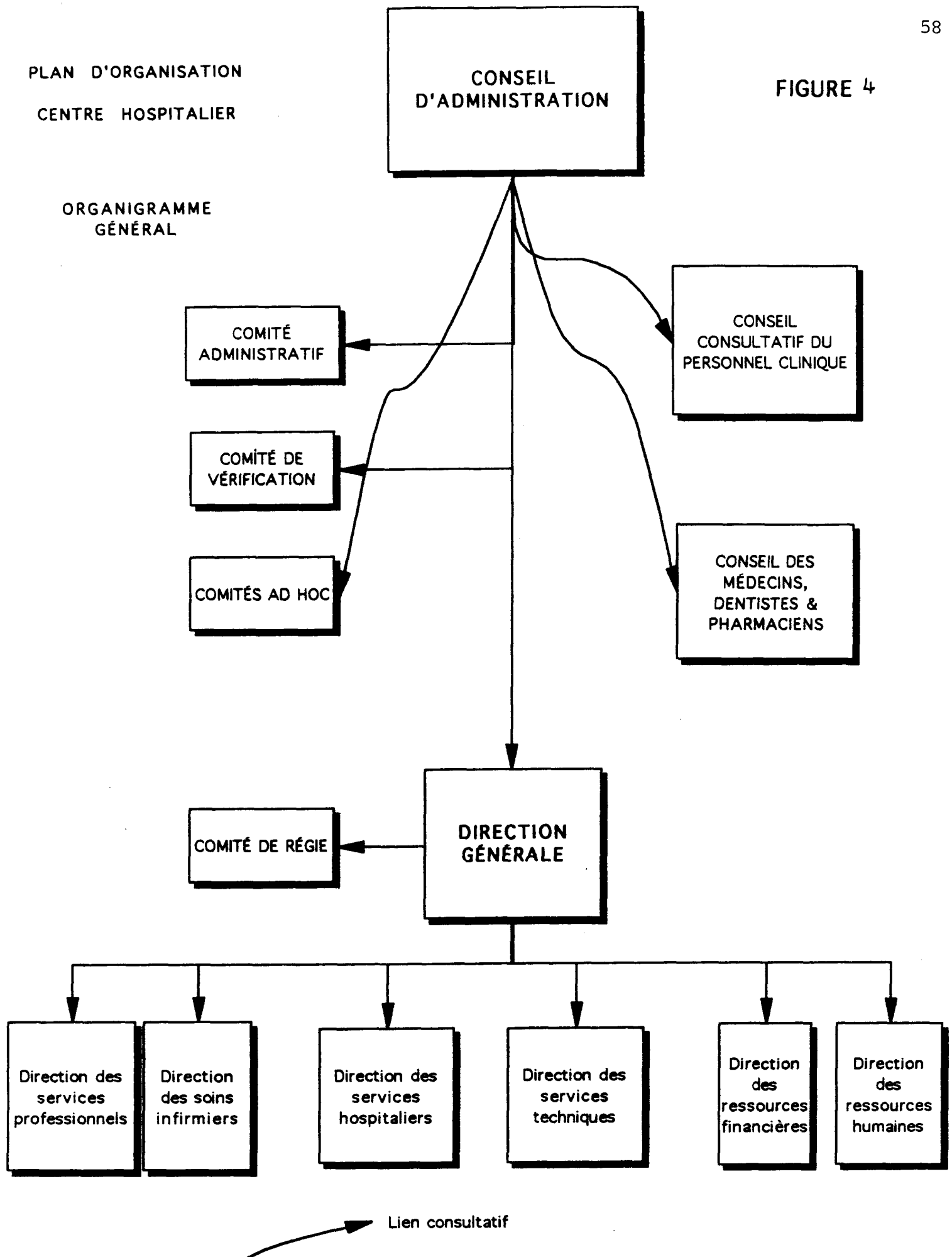
Dans la figure suivante, nous reproduisons un organigramme général d'un centre hospitalier avant les changements prévus dans la Loi. Dans cet organigramme, nous constatons une grande spécialisation des tâches et une organisation médicale importante.

L'organisation hiérarchique du C.H.S.C.D. peut être considérée comme simple et aplatie avec trois niveaux hiérarchiques. La coordination des activités se fait généralement par supervision directe et au moyen de communications informelles.

³⁵ Mintzberg, Henry. Structure et dynamique des organisations, Les Éditions d'organisation, 1982, p. 18.

PLAN D'ORGANISATION
CENTRE HOSPITALIER

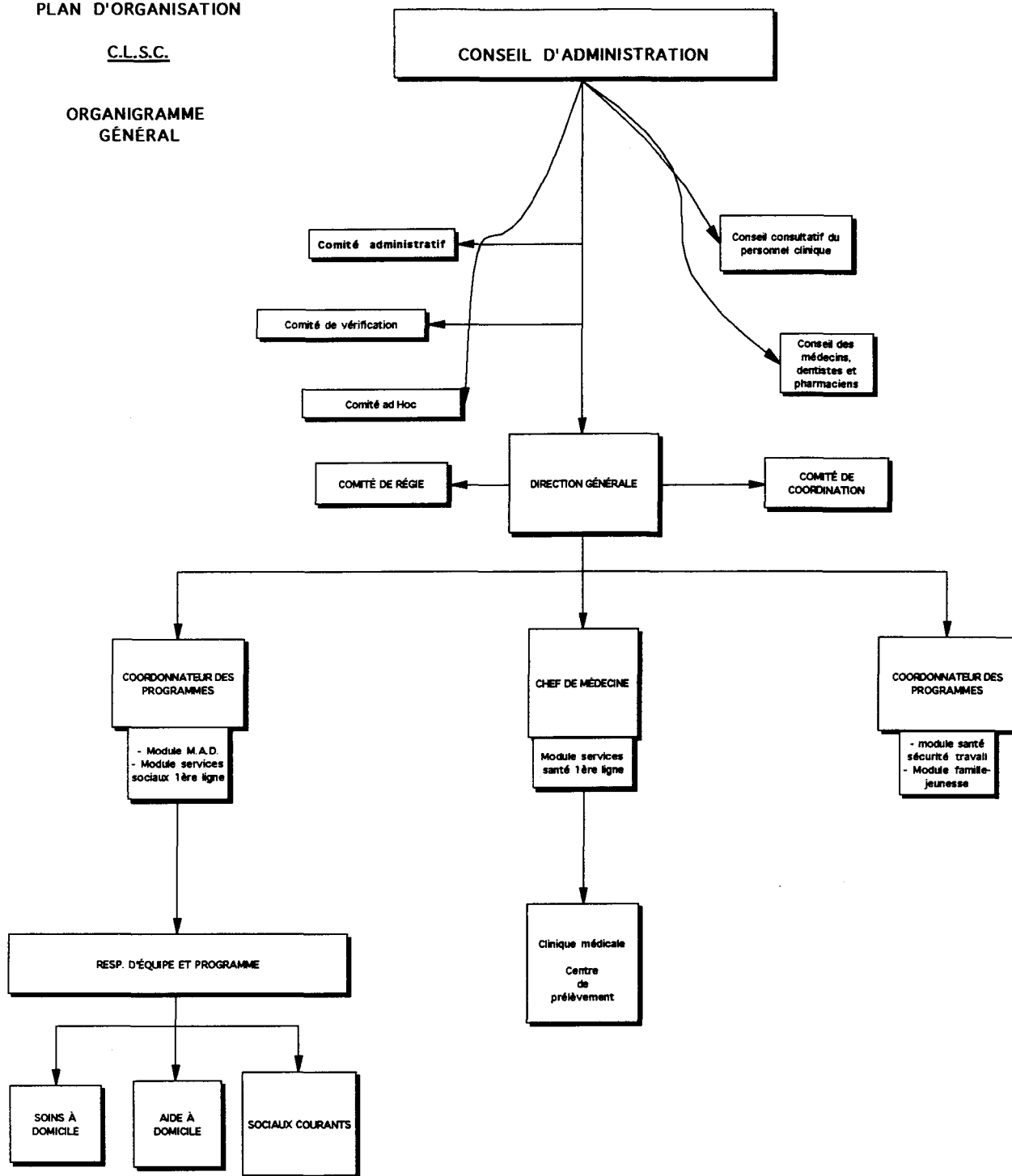
FIGURE 4



PLAN D'ORGANISATION

C.L.S.C.

ORGANIGRAMME GÉNÉRAL



Légende

Lien consultatif

Lien hiérarchique

C'est une structure bureaucratique souple, compte tenu de ses normes et standards. La planification et le contrôle de l'ensemble des activités s'effectuent par le sommet stratégique, c'est-à-dire par le conseil d'administration et le directeur général, et par consultation des cadres supérieurs et intermédiaires.

4.2.2 L'organigramme d'un C.L.S.C.

Dans la figure suivante, nous reproduisons un organigramme d'un C.L.S.C. avant les changements prévus dans la Loi.

L'organisation hiérarchique du C.L.S.C. peut être considérée comme simple et aplatie avec trois niveaux hiérarchiques.

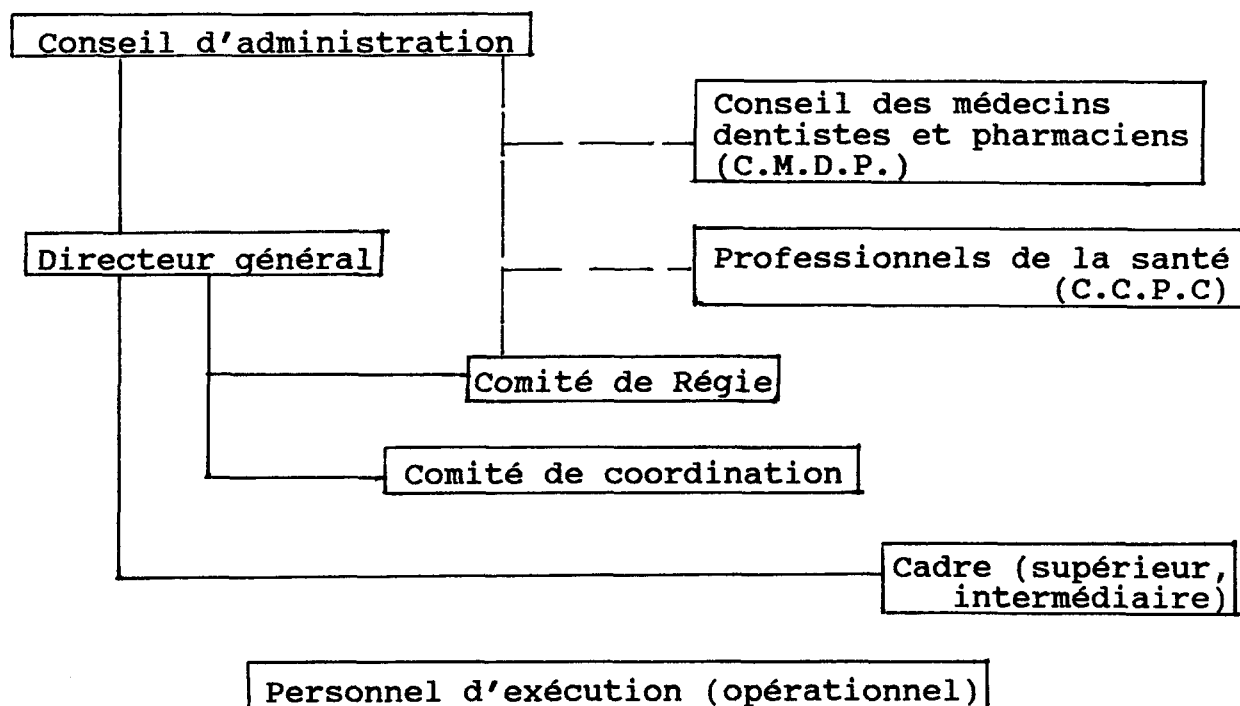
La coordination des activités se fait généralement par supervision directe et au moyen de communications informelles.

C'est aussi une structure bureaucratique souple, compte tenu de ses normes et standards. La planification et le contrôle de l'ensemble des activités s'effectuent par le sommet stratégique, c'est-à-dire par le conseil d'administration et le directeur général, et par consultation des cadres.

Si nous reprenons les figures 4 et 5, sur le plan hiérarchique, nous obtenons l'image suivante.

Figure 6

Synthèse des niveaux hiérarchiques d'un centre hospitalier (C.H.S.C.D.) et d'un C.L.S.C.



4.2.3 Description des tâches de planification, d'organisation et de contrôle

La gestion, selon Pierre G. Bergeron, se résume à des actes administratifs à quatre paliers.

Ce dernier nous dit: "La gestion peut se définir comme le processus qui permet de planifier, diriger, organiser et

contrôler les ressources d'une organisation afin d'atteindre des buts précis."³⁶

Les membres du conseil d'administration d'un centre hospitalier réalisent les mêmes fonctions de planification, d'organisation, de direction et contrôle (PODC) que leurs collègues des C.L.S.C..

Le rôle de la direction générale dans les fonctions de gestion est principalement de superviser et d'orienter ses cadres supérieurs (C.H.S.C.D.) et/ou de ses cadres intermédiaires (C.L.S.C.) dans le sens des objectifs que l'établissement s'est donnés, de la mission et du respect du cadre législatif dans lequel évolue le centre. Le directeur général se doit d'avoir une vision globale de son organisation et d'exercer un contrôle régulier sur l'ensemble des opérations. Les mouvements et l'évolution de l'environnement doivent être des préoccupations constantes.

Les cadres supérieurs ont, eux aussi, des fonctions de gestion (PODC) dans leurs secteurs d'activités spécifiques. Ils doivent coordonner l'ensemble des activités de leur secteur selon les objectifs et les résultats attendus. Le contrôle fait partie de leur gestion quotidienne. Au niveau du

³⁶ Bergeron, Pierre G. La gestion dynamique, concepts, méthodes et applications, Gaétan Morin, 1986, p. 184.

des services à la clientèle; la répartition, le contrôle budgétaire ainsi que sur l'organisation professionnelle.

4.2.5 L'organisation du travail

Dans l'ensemble des établissements sous étude, l'organisation du travail s'effectue par la coordination des tâches. Cette coordination se fait le plus souvent par une supervision directe, une standardisation des procédés et un ajustement mutuel. Ces procédés sont appliqués par la spécialisation des tâches, par secteur d'activités et par programme.

4.3 Les ressources

Tout établissement doit préparer un plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique. Ce plan décrit les structures administratives de l'établissement, ses directions, ses services et départements ainsi que les programmes cliniques.

Chacun des établissements faisant partie de l'organisation à l'étude est administré par un conseil d'administration. En ce qui concerne les ressources humaines opérationnelles (d'exécution), nous vous référons à l'item 5.5.1 qui vous donne la liste des ressources qui ont participé à l'étude.

Les établissements où le plan d'organisation ne prévoit pas certaines des ressources mentionnées ci-contre les confient à la responsabilité de la direction générale.

4.3.1 Les ressources humaines

Aux fins de notre étude, nous limiterons les descriptions des rôles et responsabilités qu'aux ressources de direction concernées par les services professionnels dispensés à la clientèle âgée.

4.3.1.1 La direction générale

Sommaire des rôles et responsabilités

Les rôles et responsabilités sont les suivants:

1. Assumer la responsabilité de la réalisation de la mission et des objectifs de l'établissement.
2. Planifier, organiser, coordonner et évaluer l'utilisation des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles afin d'offrir à la clientèle des services de qualité, efficaces et efficients.
3. Assurer l'intégration cohérente des dimensions cliniques et de services, des dimensions administratives et des dimensions opérationnelles dans l'établissement.

4. Rechercher et faciliter la concertation et la complémentarité avec les partenaires du réseau et hors réseau.
5. Représenter l'établissement auprès des diverses instances externes.³⁷

4.3.1.2 La direction des soins infirmiers

Sommaire des rôles et responsabilités

Les rôles et responsabilités sont les suivants:

1. Assumer la planification, la coordination, la distribution et l'évaluation des soins infirmiers en fonction des besoins du centre, dans le respect de l'individualité et de l'intimité des usagers.
2. Assurer le développement, l'élaboration, l'évaluation et les choix de politiques et de programmes portant sur des secteurs d'activités de soins diversifiés, spécialisés et ultraspécialisés.

³⁷ Répertoire: Description des fonctions types du personnel d'encadrement: Secteur de la Santé et des Services sociaux: Gouvernement du Québec, A-1 Code: 100.

3. Assumer la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles selon le plan d'organisation.³⁸

4.3.1.3 La direction des services professionnels

Sommaire des rôles et responsabilités

Les rôles et responsabilités sont les suivants:

1. Assurer la distribution et la qualité des soins et services médicaux offerts aux usagers dans l'établissement, en égard aux responsabilités du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.
2. Assumer la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles pour les départements et services selon le plan d'organisation.
3. Diriger, coordonner et surveiller les activités des chefs de départements cliniques.
4. Coordonner avec les autres directions concernées, l'activité professionnelle et scientifique de tout centre exploité par l'établissement, sous réserve du plan d'organisation.

³⁸ Ibid., A-5 Code: 210.

5. Surveiller le fonctionnement des comités du Conseil de médecins, dentistes et pharmaciens.
6. Faciliter l'intégration des médecins, des dentistes et des pharmaciens aux diverses activités de l'établissement.³⁹

4.3.1.4 La coordination des programmes de maintien à domicile⁴⁰

Chef de l'administration de programmes (C.L.S.C.)

Sommaire des rôles et responsabilités

Les rôles et responsabilités sont les suivants:

1. Assurer la conception et le développement des services et programmes sous sa juridiction.
2. Participer au développement, au maintien, à l'organisation et à l'accessibilité des services de santé, tels que des consultations médicales et professionnelles, des services médicaux spécifiques.
3. Participer à la définition d'une philosophie d'intervention axée sur le respect et l'autonomie des individus et des communautés et sur le maintien en milieu

³⁹ Ibid., A-15 Code: 310.

⁴⁰ Ibid., Code: 804.

de vie naturel, et assurer son application selon une approche multidisciplinaire et communautaire dans les programmes et services sous sa responsabilité.

4. S'assurer de la mise en place d'activités reliées à la prévention des problèmes de santé et de troubles psychosociaux et à la promotion de la santé physique, mentale ou sociale dans les programmes et services sous sa responsabilité.
5. S'assurer de l'identification et de l'analyse des besoins de la population du territoire à desservir et recommander les clientèles prioritaires, dans le cadre de la mission de l'établissement.
6. S'assurer de l'identification des ressources du milieu relative aux programmes et services sous sa responsabilité et assurer leur utilisation afin de répondre aux besoins de la clientèle.
7. Développer et maintenir une collaboration et une concertation avec les établissements, les organismes communautaires et les autres partenaires du territoire à desservir, nécessaires à l'actualisation des programmes et services sous sa juridiction.

8. S'assurer de l'élaboration, de l'application et de la mise à jour des critères d'admissibilité et de priorité d'accès aux services et programmes sous sa juridiction.
9. Analyser et évaluer les services et programmes sous sa responsabilité.
10. Contribuer au processus d'analyse des plaintes des usagers pour les services et programmes sous sa juridiction et voit à l'application des solutions appropriées.
11. Assurer la mise en place de mécanismes de coordination et de continuité de services sous sa responsabilité vingt-quatre (24) heures par jour, le cas échéant.
12. Assurer la mise en place de mécanismes permettant l'encadrement professionnel des équipes multidisciplinaires sous sa responsabilité.
13. S'assurer de la gestion des équipements de réadaptation et des fournitures médicales auprès des usagers sous sa responsabilité.

4.3.2 Les ressources financières

Les établissements publics du secteur de la santé et des services sociaux fonctionnent au moyen d'un budget. Ce dernier

est consenti par le Ministère (M.S.S.S.) et constitue un budget de dépenses brutes autorisées.

4.4 Le climat organisationnel

Selon la théorie de Lewin (1951)⁴¹, le climat organisationnel est surtout défini comme une mesure perceptive des attributs organisationnels.

Ainsi, il est possible de déterminer deux aspects importants dans la conceptualisation de climat organisationnel.

Le premier considère le climat organisationnel comme une série de caractéristiques qui décrivent une organisation, qui la distinguent d'une autre organisation, qui sont relativement stables dans le temps et qui influencent le comportement des membres de l'organisation.

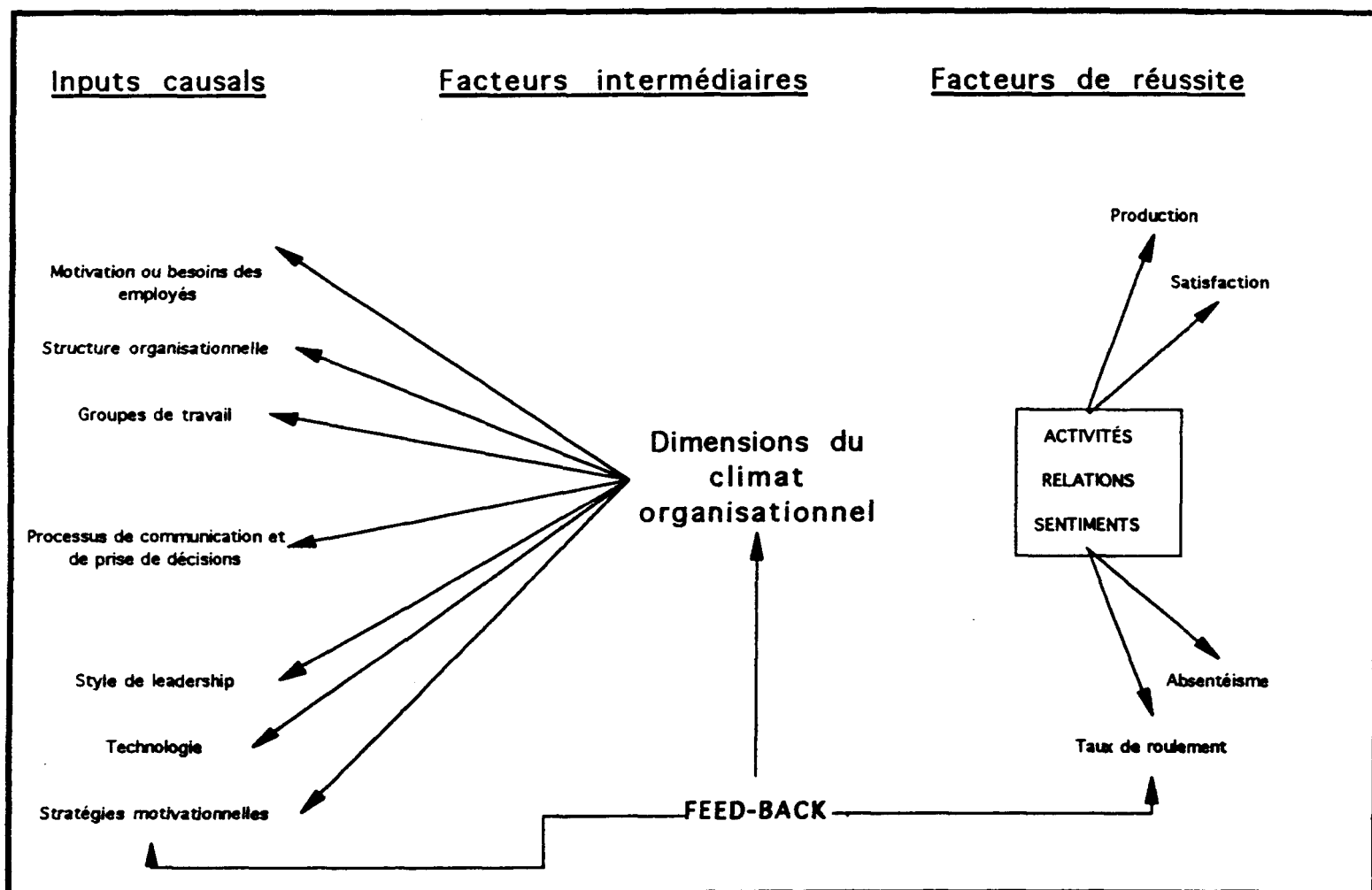
Un deuxième aspect considère que le climat organisationnel émerge des systèmes et des procédures comme le style de gestion, les politiques organisationnelles et les procédures générales de fonctionnement tels qu'ils sont perçus par les employés.

Gibson et al. nous permettent de visualiser dans un schéma le climat organisationnel. (Figure 7)

⁴¹ Note de cours ENAP, Analyse du climat organisationnel.

Figure 7

MODELE INTÉGRÉ DU CLIMAT ORGANISATIONNEL ET DES FACTEURS DE RÉUSSITE



4.4.1 Les relations entre les structures et les activités

- . Les modes de gestion du personnel:

Ils n'ont pas été remis en question dans aucun des établissement sous étude.

4.4.2 L'ouverture des directions aux besoins du personnel:

Celle-ci se manifeste par la souplesse des mesures de remplacement, par la répartition juste de la charge de travail, par l'expérimentation de petites équipes pour faciliter le travail.

Néanmoins, des difficultés ont été identifiées dans trois territoires par les intervenants:

- . l'absence de politiques claires concernant l'information donnée au personnel lorsque des plaintes sont portées contre lui;
- . le manque d'encadrement préventif du personnel (ex. en cas de mort subite d'un client, de violence à domicile, etc.);
- . une structure de gestion qui accentue le clivage entre le secteur médical et le secteur social; notamment par la

désignation de deux chefs d'équipe ou coordonnateurs, l'un en nursing et l'autre en services sociaux pour aide.

4.4.3 Le climat de travail au sein des équipes

Le climat régnant au sein des équipes est en général excellent. Presque tous les C.L.S.C. et les trois quarts des équipes des centres hospitaliers mentionnent des éléments positifs, dont le climat d'entente, de confiance, la facilité des communications informelles, l'entraide, le soutien entre les membres des équipes.

4.4.4 Les facteurs qui entravent ou facilitent les collaborations à l'interne

La coordination des services à l'interne, que ce soit entre les services ou entre les disciplines, ne semble pas toujours facile (taille et nombre des équipes, clivage administratif entre l'aide et les soins). La mobilité des équipes gériatriques, tout comme le regroupement physique des intervenants en gériatrie, la possibilité de se référer directement à d'autres ressources, l'accessibilité de tous les intervenants aux dossiers, y compris les auxiliaires, sont les principaux aspects facilitant la collaboration à l'interne, lorsqu'ils sont présents. Dans le cas contraire, des problèmes existent.

4.4.5 Les modalités d'organisation du travail

Les modalités organisationnelles les plus susceptibles d'influencer positivement la qualité des services sont l'utilisation d'un outil d'évaluation uniforme, le dossier unique, des outils et des instruments simples de planification hebdomadaire, d'aide aux travail des intervenants, des horaires adaptés en C.L.S.C., des unités de gériatrie structurées dans les centres hospitaliers et la souplesse dans l'organisation du travail. Leur absence entraîne des problèmes.

En conclusion, malgré une complexité structurale et fonctionnelle élevée, les activités sont supportées par une structure adaptée. À la lumière des renseignements contenus dans la banque de données et dans le rapport des chercheurs⁴², nous pouvons conclure que le climat de travail est satisfaisant dans l'ensemble des établissements sous étude.

⁴² Trahan, L., Bélanger, L. et Bolduc M. Une évaluation de la prestation de services dans les C.L.S.C. et les Centres hospitaliers pour des services de qualité aux personnes âgées en perte d'autonomie, M.S.S.S., 1993.

CHAPITRE V

L'ÉLABORATION DE LA SITUATION PROBLÉMATIQUE

CHAPITRE V

L'ÉLABORATION DE LA SITUATION PROBLÉMATIQUE

5.1 Description du processus de prestation des services et les facteurs qui l'influencent

À partir du moment où l'utilisateur se présente au C.L.S.C. ou au C.H.S.C.D. pour une demande de services, un processus s'enclenche afin de répondre à ses besoins.

Nous avons identifié six grandes fonctions du processus de prestation de services qui correspondent à ce qu'on retrouve couramment dans la documentation du Ministère ou du réseau. Ce sont:

- . L'accueil
- . L'évaluation
- . L'élaboration de décisions
- . La dispensation des services
- . Le mode de collaboration et de communication
- . Le suivi

Les décisions ou les actions prises à l'une ou l'autre de ces étapes sont influencées par différents facteurs reliés aux caractéristiques des personnes, des dispensateurs, de l'organisation et produisent des résultats pour la clientèle, ses proches et pour le réseau. Le schéma 2 illustre ces différentes composantes.

Le cadre théorique:

Plusieurs sources ont été utilisées pour élaborer ce cadre théorique qui est une adaptation de l'analyse du processus décisionnel, de Lebeau et Deschamps (1984) et de la catégorisation des facteurs de Deber (1986).

Les auteurs de l'évaluation de la prestation de services dans les C.L.S.C. et les centres hospitaliers ont regroupé les facteurs en trois catégories plutôt qu'en quatre comme Deber l'a fait, préférant regrouper les facteurs se rapportant aux caractéristiques socio-démographiques de l'individu et ses caractéristiques de santé.

1. Facteurs reliés aux caractéristiques de la personne âgée et de son environnement immédiat

Il s'agit de facteurs tels: l'état de santé et de fonctionnalité de la personne que des ses caractéristiques socio-économiques, ses conditions de logement, de revenus, son réseau social, etc.

2. Facteurs reliés aux caractéristiques des dispensateurs de services

Il s'agit de facteurs tels: leur âge, leur formation, leurs attitudes.

3. Facteurs reliés aux caractéristiques de l'environnement organisationnel

Il s'agit de facteurs concernant a) les ressources soient: la quantité, l'environnement physique, la technologie, etc.), b) la culture organisationnelle soit: les buts et les objectifs de l'organisation, le style de gestion, la perception des rôles, les philosophies d'intervention, critères d'admission, etc., c) des caractéristiques structurelles soient: organigrammes, structures décisionnelles, etc. d) les différents instruments soient: les outils d'évaluation, etc..

4. Facteurs reliés aux dispensateurs de services et facteurs organisationnels

Les chercheurs du M.S.S.S. ont tenté d'identifier dans la littérature québécoise les facteurs faisant partie de ces catégories et pouvant être mis en cause dans le processus de prestation des services.

- . Lebeau et Deschamps (1984) soulignent les désaccords qui existent dans les moyens pris par les divers professionnels pour répondre aux besoins d'une personne.

Ces divergences seraient dues, selon différents auteurs, entre autre à la formation et à la fonction des intervenants, de même qu'au type de clientèle avec laquelle ils sont en contact.

- . Parmi les facteurs organisationnels, le rôle de la disponibilité des ressources institutionnelles et des ressources de maintien à domicile est reconnu dans plusieurs travaux. Ainsi une plus grande disponibilité régionale en ressources d'hébergement (pavillon, C.A.H.) est associée à un taux de référence plus élevé vers les mécanismes régionaux de la part des intervenants de première ligne (Bélanger et al., 1991). Cette étude a aussi mis en lumière le rôle de la piètre qualité d'une proportion appréciable de ressources d'hébergement, particulièrement en C.A.H., dans les décisions d'orientation des personnes âgées. La vétusté ou la non-fonctionnalité de ces ressources ne permet pas toujours d'accueillir des clientèles ayant des limitations fonctionnelles importantes et par conséquent incite à y référer des clientèles plus légères.
- . De façon générale, il y a consensus à l'effet que les ressources de maintien à domicile sont insuffisantes. De plus, si les services de maintien à domicile réguliers traditionnels, c'est-à-dire de faible intensité, n'ont pas d'influence sur le désir d'hébergement (Béland, 1985), ni sur la tendance des intervenants à diriger les personnes

vers l'hébergement ou pas (Bélanger et al., 1991), on sait qu'il n'en est pas ainsi pour les services de type plus intensifs. La présence de services intensifs change les pratiques des intervenants en rendant possible le maintien à domicile (Joubert et al., 1991).

- . En ce qui concerne les aspects davantage liés à la culture organisationnelle, l'évaluation du programme S.I.M.A.D. (Joubert et al., 1991) a fait ressortir des perceptions différentes des objectifs de ce programme selon les organisations. Dans certaines régions, le programme a été plutôt conçu, jusqu'à maintenant, comme un moyen de désengorger les urgences et d'éviter ou de raccourcir la durée d'hospitalisation. On accorde alors la priorité aux personnes référées par les C.H.S.C.D. et à celles en phase terminale. D'autres régions conçoivent plutôt ce programme comme un moyen d'assurer le maintien à domicile à long terme. Ces choix ont des conséquences différentes: dans le premier cas, les intervenants peuvent être incités à favoriser le recours à l'hospitalisation ou à l'hébergement pour avoir accès aux services de S.I.M.A.D.; alors que dans l'autre, les intervenants peuvent contribuer à prévenir le recours inadéquat aux ressources institutionnelles.
- . Cette même étude montre aussi que les réponses données aux besoins peuvent varier selon les philosophies d'intervention des C.L.S.C. Les ressources familiales,

communautaires ou les programmes de services à domicile seront utilisés différemment selon que les C.L.S.C. ont développé plutôt une approche communautaire, considérant les ressources du milieu comme partenaires essentiels au maintien à domicile par rapport à ceux qui se définissent comme étant les seuls responsables de la réponse aux besoins des personnes.

- . Les pratiques de gestion différentes constituent un autre facteur susceptible d'influencer le mode de prestation de services. Par exemple, des façons différentes de répartir des ressources financières limitées tout au long de l'année peuvent amener des façons différentes de répondre aux besoins (Joubert et al., 1991).
- . Un autre facteur susceptible d'affecter la qualité du processus de prestation des services est le manque de standardisation des critères d'admission pour les programmes réguliers de maintien à domicile (Béland, 1981).
- . Le manque d'uniformité et de compatibilité des outils d'évaluation peut être un élément important affectant les décisions (Lebeau et Deschamps, 1984; Lagacé, 1990), tout comme les variations observées entre les établissements dans les modalités d'utilisation d'un même outil, en l'occurrence, la C.T.M.S.P. (Rapport de la première année

d'activité du groupe tactique d'intervention, 1991) ou la sous-utilisation des outils existants.

Pour les auteurs de la recherche du M.S.S.S. ce bref état de la situation québécoise a permis d'identifier quelques-uns des éléments qui semblent influencer le type et la qualité du processus de prestation dont il faudra tenir compte dans la présente recherche.

5.2 La structure - le processus - les résultats

Les fonctions du processus de prestation des services que nous avons définies de même que les facteurs qui les influencent correspondent à ce qu'on désigne en évaluation par "processus et structure".

Selon Brunelle (1991), l'appréciation de la qualité ou de l'optimalité d'un système passe par trois composantes qui sont:

La qualité d'un système de soins se mesure par la relation entre la structure et le processus versus les résultats ou entre le processus et les résultats. Un système de qualité est celui qui donne les gains optimaux, en référence à un système de services et de soins. La qualité n'est pas le processus en soi, ni le résultat en lui-même mais le lien qu'on peut établir entre les deux et ultimement entre structure et processus versus résultats.

Brunelle (1991), définit ainsi ces fonctions:

L'aspect processus

Il comprend l'ensemble des activités se déroulant entre les dispensateurs et les clients. On parle alors essentiellement de façons de faire, de comportements professionnels "normatifs"... Cette dimension ne concerne pas que le seul praticien isolé, mais peut aussi s'appliquer à un ensemble d'activités en fonction de problématiques particulières...

L'aspect structurel

Il comprend les caractéristiques des dispensateurs, des instruments et des ressources mises à leur disposition. La structure inclut aussi les aspects organisationnels et physiques du réseau et des entités dans lesquelles ils travaillent.

L'aspect résultat

En évaluation de programmes, cet aspect s'attarde aux évolutions présentes et à venir dans l'état de santé, gains ou modifications qu'on doit pouvoir imputer aux soins ou services reçus. Cette appréciation de l'état de santé peut porter sur les aspects physiques, psychologiques, sociaux, la capacité de fonctionner, les attitudes et comportements des clients et même les connaissances ou capacités acquises.

Par ailleurs, il doit obligatoirement exister un lien entre le processus et les résultats pour que l'appréciation du processus prenne toute sa valeur. Si de tels liens sont reconnus empiriquement ou par la voie d'experts, une approche qui vise à améliorer un processus acquiert toute sa légitimité. Nous avons utilisé la même littérature ayant servi aux

chercheurs du M.S.S.S., car on y retrouve les éléments ou conditions spécifiques du processus dont l'importance ou l'efficacité à produire des résultats satisfaisants a été démontrée ou reconnue.

5.3 Le processus optimal

Il n'est pas facile de définir a priori ce qu'est un processus optimal, soit celui qui donne les résultats les plus satisfaisants. Un processus qui minimise les coûts n'est pas nécessairement celui qui assure la meilleure qualité de vie à la clientèle et à son entourage. L'inverse n'est pas forcément vrai non plus. Il existe peu de données empiriques sur la relation entre les éléments du processus et les résultats. Néanmoins, la littérature de même que les consensus des experts en matière de services de longue durée, nous permettent d'identifier certains éléments d'un processus adéquat susceptibles de produire des résultats souhaitables pour les personnes.

Ces éléments sont:

1) Une évaluation multidimensionnelle et interdisciplinaire

Des études contrôlées démontrent l'effet positif d'une évaluation multidimensionnelle et interdisciplinaire sur l'un ou l'autre des aspects suivants, soit la durée d'hospitalisation, les possibilités de retour à domicile, le taux de mortalité, le moral des gens (Campion et al., 1983;

Fretwell et al., 1990; Lefton et al., 1983; Pawlson, 1988; Quartararo et O'Neill, 1990; Rubinstein et al., 1984).

2) L'évaluation multidimensionnelle

Lors d'une conférence consensuelle parrainée par le "National Institute of Health" aux États-Unis en 1987, on est arrivé à la conclusion que l'évaluation multidimensionnelle avec conférence de cas interdisciplinaire, associée à l'implantation soignée d'un plan de soins et de services individualisés, étaient efficaces pour certaines catégories de personnes âgées (National Institute of Health consensus, 1988).

3) Le case management

Des formules de type "case management" ont été implantées aux États-Unis sur une base expérimentale au cours des quinze dernières années. Certaines formules ont produit des résultats positifs pour la clientèle tels: la réduction des besoins non comblés, l'augmentation des services reçus, une augmentation de la satisfaction de vivre, etc., et aussi pour les aidants naturels, comme une augmentation de la satisfaction de vivre et de la satisfaction à l'égard des services (Kemper, 1988). Les premières évaluations de ces mécanismes n'ont pas été positives sur tous les aspects. Souvent appliquées à des clientèles mal ciblées, on a jugé ces formules coûteuses, sans véritable impact sur le maintien à domicile (Capitman et al., 1986; Grandmaison et Gosselin, 1986).

TABLEAU 3 - Caractéristiques d'un processus optimal

APPROCHES DES EXPERTS ET DES CHERCHEURS	APPROCHES DU PERSONNEL CLINIQUE EN C.L.S.C. ET EN CENTRE HOSPITALIER
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Accueil par un personnel compétent pour identifier les personnes en perte d'autonomie ou à risque de le devenir (Lebeau et Deschamps, 1984); ▶ évaluation multidimensionnelle (Campion <i>et al.</i>, 1983); Fretwell <i>et al.</i>, 1990; Lefton <i>et al.</i>, 1988; National Institute of Health Consensus, 1988; Pawlson, 1988; Quartararo et O'Neill, 1990; Rubinstein <i>et al.</i>, 1984); ▶ interdisciplinarité dans les prises de décisions (Campion <i>et al.</i>, 1983; Eggert <i>et al.</i>, 1990; National Institute of Health Consensus, 1988; Racine <i>et al.</i>, 1991); ▶ utilisation d'un plan de services individualisés (Wertheimer et Kleinman, 1990; National Institute of Health, 1988; Racine <i>et al.</i>, 1991); ▶ précocité dans les interventions avant une période de crise (Eggert <i>et al.</i>, 1990); ▶ préoccupation de maintenir le plus d'autonomie possible chez la personne âgée (Wertheimer et Kleinman, 1990; David <i>et al.</i>, 1990); Kay <i>et al.</i>, 1990); ▶ prise en compte des attentes et des besoins des personnes significatives (David <i>et al.</i>, 1990; Garant et Bolduc, 1990); ▶ liens formels de communication et de coordination entre les établissements (David <i>et al.</i>, 1990; Hughes et Guihan, 1990; Lebeau et Deschamps, 1984; Wertheimer et Kleinman, 1990); ▶ participation active de la personne à son plan de soins et de services (Kay <i>et al.</i>, 1990); ▶ présence d'un case-manager ou responsable du suivi pour des clientèles spécifiques, surtout les personnes confuses (British Colombia Ministry of Health, 1989; Howe <i>et al.</i>, 1986; Temple, 1988; Eggert <i>et al.</i>, 1990; Kemper, 1988); ▶ réponse aux besoins des personnes le plus possible à domicile ou dans un milieu s'en rapprochant (Calgary Regional Assessment and Placement Committee, 1988). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Accueil permettant le dépistage des personnes en perte d'autonomie (identifié par les C.L.S.C. surtout); dépistage à l'urgence des personnes à risque ou en perte d'autonomie (identifié plus rarement et seulement par les centres hospitaliers); ▶ évaluation globale qui tient compte de toutes les dimensions de la personne; ▶ vision multidisciplinaire, échanges multidisciplinaires basés sur une bonne communication entre les membres des équipes pour une action concertée; ▶ plan d'interventions et de services (plus rarement); ▶ dépistage préventif, avant que la personne n'entre à l'hôpital; ▶ importance d'être à l'écoute des gens, du respect de leurs désirs et de leurs capacités (identifiée par les auxiliaires des C.L.S.C.); ▶ collaboration entre les organismes du milieu (pas nécessairement formelle); ▶ participation des proches et des personnes aux décisions; ▶ participation de la famille et de la personne dans la réponse aux besoins; ▶ continuité des interventions (plus rarement identifiée); ▶ coordination des interventions de l'admission en centre hospitalier à l'urgence jusqu'au congé et suivi durant le séjour, collaboration entre les unités du centre hospitalier (identifiée par les centres hospitaliers).

5.4 Le modèle conceptuel du programme d'évaluation sur la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie

Vous trouverez à l'annexe 1, le modèle d'organisation de services qui a servi à la recherche sur le programme d'évaluation sur la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie par les chercheurs du Ministère. Nous utiliserons ce modèle à titre de référence de base lorsque nous déterminerons les lieux potentiels d'amélioration du processus d'organisation de services aux personnes âgées en perte d'autonomie; entre les C.L.S.C. et les C.H.S.C.D..

5.5 Le plan d'analyse

Pour les fins de notre recherche, nous retiendrons cinq aspects relativement à la qualité du processus.

- 1- La coordination et les communications intra et entre les établissements
- 2- La philosophie d'orientation vers le domicile
- 3- Le type d'approche: globale ou gériatrique (en ce qui concerne l'accueil, l'évaluation, l'intervention incluant la réadaptation)
- 4- Le plan de services individualisés et le suivi

5- La participation active de la personne et de ses proches

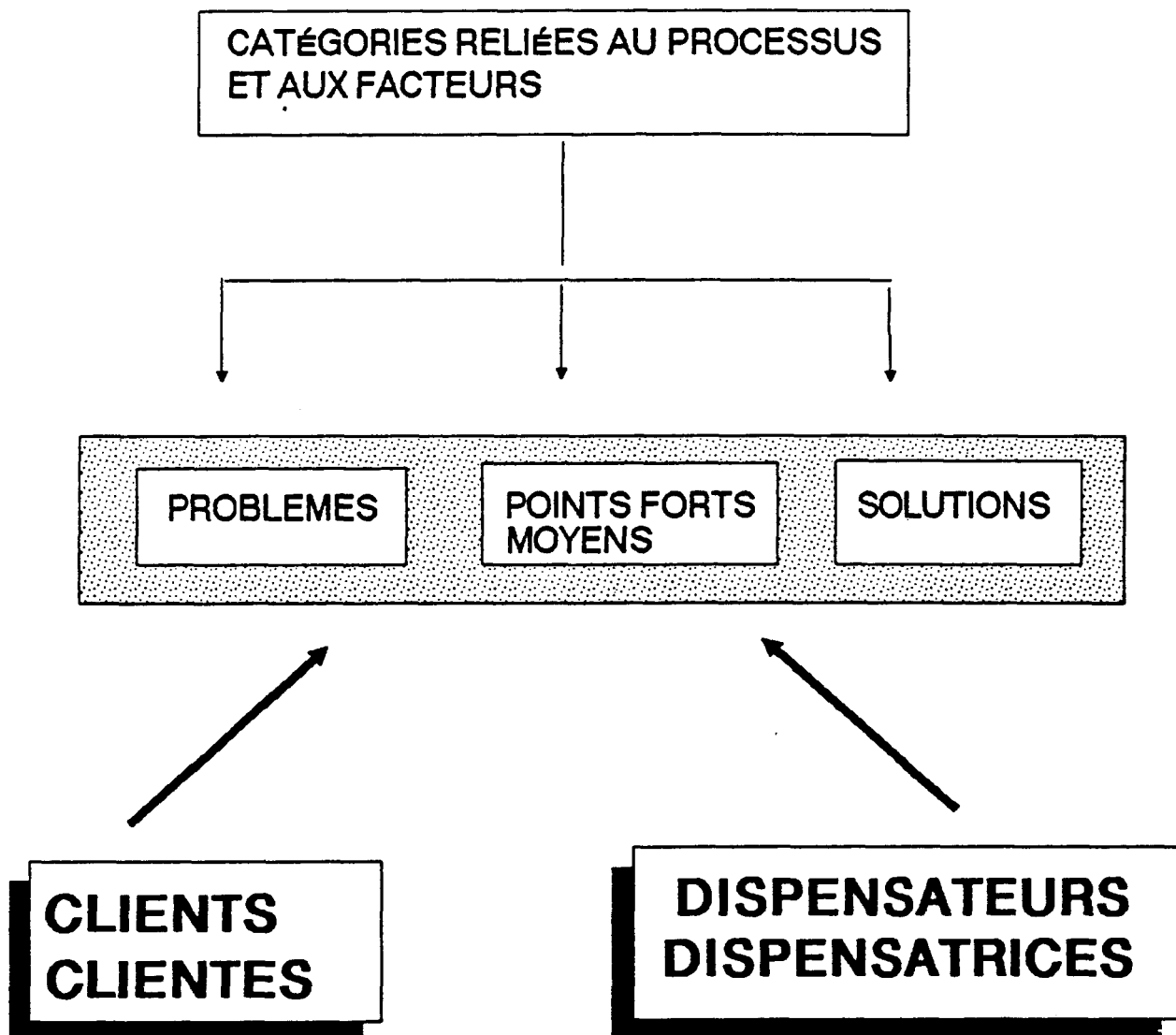
Le plan d'analyse (schéma 3), regroupe les données recueillies à partir du schéma 2; selon trois matrices correspondant à l'identification des problèmes, des points forts et des solutions observées dans les milieux en intégrant dans chacune des matrices les points de vue des clients, des dispensateurs et en considérant les facteurs structurant le processus.

La méthodologie utilisée sera celle du diagnostic-intervention.

Le diagnostic organisationnel permettra:

- 1) d'identifier et de décrire les problèmes prioritaires et certains points forts du processus de prestation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en relation avec les activités de transformation et de gestion de ces activités d'un centre hospitalier et d'un C.L.S.C.;
- 2) d'identifier la nature des liens qui les interrelient: flux de communication, d'information etc.;
- 3) d'identifier des moyens concrets pour améliorer ce processus.

Plan d'analyse



L'intervention consiste en la recherche de solutions, par l'approche système dans but de changer les processus (façon de faire), changer les façons d'être (philosophie, valeurs et attitudes); des éléments du processus de prestation de services que nous souhaitons modifier.

L'analyse devrait permettre:

- . de vérifier la satisfaction de la clientèle et des intervenants par rapport au processus de prestation de services vécu par les personnes âgées et leurs proches, ainsi que la perception de la qualité des services reçus;
- . de faire ressortir les convergences et les divergences entre les dispensateurs et les clients; quant aux problèmes, points forts et solutions;
- . de démontrer quelles sont les attentes et besoins de chaque type d'établissement (le C.L.S.C. par rapport au Centre hospitalier et vice versa) quand chacun se positionne dans le système client et/ou fournisseur de services;
- . de valider avec les indicateurs les problèmes perçus par l'équipe; conduisant à prendre les mêmes outils pour arriver à la même perception interne, aux mêmes résultats.
- . d'identifier des solutions réalistes et applicables;

. de faire ressortir des solutions novatrices.

Les schémas 2 et 3 illustrent le cadre d'analyse retenu.⁴³

Le diagnostic organisationnel visera donc dans un premier temps à vérifier comment les intervenants et les directions des établissements sous étude appliquent ces aspects du processus reconnus de prestation des services afin de produire des résultats positifs et/ou pour nous indiquer les facteurs structurels pouvant expliquer l'échec ou la réussite de la mise en oeuvre de ces éléments.

Pour ce faire, nous utiliserons la banque de données et le rapport des chercheurs du Ministère de la Santé et des Services sociaux intitulé: "Une évaluation de la prestation de services dans les C.L.S.C. et les Centres Hospitaliers"***; nous utiliserons aussi d'autres études pertinentes aux situations problématiques.

⁴³ Extrait de Trahan, L., Bélanger, L., Bolduc, M. L'organisation et la dispensation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie par les C.L.S.C. et les Centres hospitaliers, Devis d'une étude évaluative, 1991, pp. 13 et 41.

*** L'étude évaluative fait référence ici et jusqu'à la fin du document à une évaluation de la prestation de services dans les C.L.S.C. et les centres hospitaliers pour des services de qualité aux personnes âgées en perte d'autonomie, Lysette Trahan, Lucie Bélanger en collaboration avec Mario Bolduc, novembre 1993.

5.5.1 L'identification des acteurs

Le choix des intervenants qui ont participé à l'étude s'est fait à l'intérieur des C.L.S.C et des centres hospitaliers concernés.

Le tableau 4 présente le nombre et la spécialité du personnel rencontré.

5.5.2 Les indicateurs

Des représentants des C.R.S.S.S.⁴⁴ futurs R.R.S.S.S. étaient présents compte tenu des nouvelles responsabilités qui leur sont confiées dans le cadre de la réforme.

- Deux à quatre personnes responsables du secteur personnes âgées: programme de maintien à domicile, services hospitaliers de courte durée, mécanismes régionaux d'orientation et d'admission, liaisons avec les établissements.

⁴⁴ Les C.R.S.S.S. désignent ici et jusqu'au chapitre VII inclusivement, les R.R.S.S.S. considérant qu'au moment de l'étude, cette appellation était celle en vigueur dans le réseau de la santé et des services sociaux.

TABLEAU 4

**Nombre et spécialité du personnel rencontré
dans les C.L.S.C. et dans les centres hospitaliers**

	C.L.S.C. SPÉCIALITÉ	NOMBRE	CENTRES HOSPITALIERS SPÉCIALITÉ	NOMBRE
Gestionnaire	<ul style="list-style-type: none"> ► Coordonnateur ou coordonnatrice des services à domicile 	11	<ul style="list-style-type: none"> ► Directeur ou directrice des services professionnels (DSP) ► Adjoint au DSP ► Directeur ou directrice des soins infirmiers ► Chef du département de médecine ► Coordonnateur ou coordonnatrice de médecine et chirurgie 	5 2 2 1 1
Intervenantes ou intervenants cliniciens	<ul style="list-style-type: none"> ► Infirmières dont deux chefs d'équipe ► Infirmières auxiliaires ► Travailleuses ou travailleurs sociaux ► Psychologue ► Techniciens et techniciennes en service social ► Médecins ► Ergothérapeutes ► Physiothérapeutes ► Organisateurs et organisatrices communautaires ► Auxiliaires familiales (dont 5 chefs d'équipe) ► Nutritionniste 	14 1 11 1 5 6 5 3 3 12 1	<ul style="list-style-type: none"> ► Infirmières <ul style="list-style-type: none"> - infirmières et infirmiers-chef à l'urgence - infirmières de liaison (urgence et une à UCDG) - infirmière-chef gériatrie - infirmière-chef soins prolongés - infirmière-chef médecine - infirmière-chef cardiologie - infirmière-chef neurologie - infirmière-chef chirurgie ► Médecins <ul style="list-style-type: none"> - à l'urgence - gériatrie - soins de longue durée - autres départements ► Travailleuses et travailleurs sociaux <ul style="list-style-type: none"> - liaison (urgence) - autres ► Ergothérapeutes ► Physiothérapeutes 	39 4 5 12 8 6 2 1 1 12 3 6 1 2 1 10 7 9

5.5.3 Les utilisateurs de services

Les utilisateurs interrogés devaient répondre aux critères suivants:

- . Personnes ayant des incapacités persistantes ou aux prises avec des pathologies qui, compte tenu de leur situation globale, sont susceptibles de compromettre leur maintien à domicile.
- . Personnes âgées de 60 ans ou plus.
- . Personnes non hébergées dans le réseau public à leur arrivée dans l'établissement (C.H.S.C.D.) mais pouvant être en attente d'hébergement.
- . Personnes ayant accepté de participer à la recherche.

5.5.4 Le choix des instruments de mesure

Nous avons eu le privilège d'utiliser les instruments qui ont servi à faire la cueillette des données lors de l'étude évaluative des chercheurs du M.S.S.S.

a) Les questionnaires

Les questionnaires aux questions fermées, destinés aux C.L.S.C. et aux C.H.S.C.D. apparaissent à l'annexe II et III.

Ils avaient pour but de recueillir des données factuelles sur le milieu quant à certaines caractéristiques structurelles et fonctionnelles des organisations.

b) Les fiches

Les fiches synthèses (annexe IV) comprennent en plus des coordonnées du client, un certain nombre de renseignements de base sur les divers aspects de son état. Ces renseignements sont tirés du dossier du client.

Les fiches chronologiques (annexe V) détaillent le cheminement de la personne dans l'établissement. Elles servent à illustrer certains problèmes et certains points forts du processus de prestation de services existant en comparaison d'un processus optimal.

c) Les entrevues structurées

- . Les entrevues individuelles avec les intervenants des C.L.S.C. et des C.H.S.C.D.

Quatre entrevues individuelles s'adressant à des intervenants praticiens en contact étroit avec la clientèle ont été réalisées dans chacun des milieux. Leur but principal était d'identifier les problèmes et les points forts du processus de prestations de services; le schéma d'entrevue se retrouve à l'annexe VI.

- . Les entrevues individuelles avec un membre du personnel d'encadrement des C.L.S.C. et des C.H.S.C.D.

Cette rencontre a eu lieu à la fin de la démarche spécifique à chaque établissement et elle avait comme objectif d'obtenir l'avis de cette personne à propos des problèmes, des points forts du processus et des solutions identifiées par l'équipe, de compléter le tableau dressé et d'obtenir son avis quant à la faisabilité des solutions. Le schéma d'entrevue se retrouve à l'annexe VII.

d) Les entrevues de groupe

- . Les entrevues de groupe dans chacun des C.L.S.C. et des C.H.S.C.D.

Deux entrevues de groupe ont été réalisées dans chacun des C.L.S.C. et C.H.S.C.D. le schéma d'entrevue est présenté à l'annexe VIII.

La première avait pour but de poursuivre l'identification des problèmes, de prioriser ceux sur lesquels l'organisation a une prise directe, de discuter des causes possibles.

La seconde avait pour but de mettre en lumière les points forts du processus et les moyens déjà en place pour favoriser un processus adéquat de même qu'à identifier des moyens

concrets qui peuvent être mis en oeuvre pour solutionner les principaux problèmes identifiés lors de la première entrevue.

- . Les entrevues de groupe dans chacun des C.S.S.

Aucune annexe ne vous présente de schéma d'entrevue. Considérant qu'au moment de notre étude les centres de services sociaux n'existent plus dans le réseau, nous n'élaborerons pas davantage.

- . Les entrevues de groupe dans chacun des C.R.S.S.S.

Celles-ci avaient pour objectifs de dresser un tableau des problèmes vécus aux niveaux sous-régional et régional concernant le processus de prestation des services à la clientèle cible et d'examiner les moyens déjà en place à ces niveaux pour favoriser l'amélioration des services offerts à cette clientèle. Un schéma d'entrevue a été préparé par les chercheurs du M.S.S.S. à cet effet.

- . Une entrevue de groupe conjointe C.L.S.C.-C.H.S.C.D.-C.R.S.S.S. (et des C.S.S. dans la région de Montréal)

Dans chaque région visitée, une réunion conjointe a été planifiée, elle regroupait deux personnes du C.L.S.C. et deux personnes du C.H.S.C.D. dont à chaque endroit une personne cadre et une personne qui ont participé à l'ensemble de la démarche dans son établissement, deux à quatre personnes du

C.R.S.S.S.. Les objectifs de cette rencontre sont d'identifier aux niveaux sous-régional et régional des moyens concrets pour améliorer l'efficacité des mesures déjà en place au niveau régional et d'identifier d'autres moyens pouvant augmenter la cohérence, l'efficacité et la coordination des interventions. (annexe IX)

5.5.5 La démarche auprès des utilisateurs et de leurs proches

L'entrevue individuelle avec les utilisateurs et un de leurs proches a pour objectif d'identifier, à partir de leur vécu, leur perception par rapport à certains éléments relatifs à la façon dont ils ont été reçus, traités et orientés par les établissements avec lesquels ils ont été en contact. (La grille d'entrevue est présentée à l'annexe X).

Les personnes interviewées seront les cinq personnes ayant été sélectionnées par chacun des établissements participants. L'intervenant aura d'abord obtenu l'accord des personnes pour participer aux entrevues et leur aura fait signer un formulaire d'autorisation de transmission de renseignements à des fins de recherche (annexe XI). Si les personnes sont incapables de signer, l'intervenant s'adressera à leurs proches. La présence d'un proche à l'entrevue est facultative pour les personnes lucides. Dans le cas des personnes confuses, c'est le proche qui devient l'informateur-clé et il peut être rencontré seul. Dans le cas d'une entrevue d'une personne âgée et un de ses

proches, celle-ci se fera conjointement avec la personne et un de ses proches mais les différences de perception entre les deux catégories de participants seront prises en considération et notées.

5.5.6 La banque de données

La démarche méthodologique retenue est surtout qualitative. Elle se base pour une large part sur les perceptions des acteurs concernés. Par ailleurs, une part non négligeable de l'information provient de données factuelles relatives aux organisations et à la clientèle.

- . Les perceptions des clients quant aux processus de réponse à leurs besoins ont été recueillies au moyen d'entrevues semi-dirigées réalisées dans le milieu où se trouvaient les personnes au moment de l'entrevue, soit à leur domicile, soit au centre hospitalier ou, plus rarement à la résidence privée pour personnes âgées ou en centres d'accueil.
- . Des données factuelles sur la clientèle ont également été recueillies par les intervenants. À partir des dossiers des personnes sélectionnées, deux fiches ont été remplies. Une fiche synthèse décrit des caractéristiques sociodémographiques et divers éléments de l'état des personnes (problèmes de santé, fonctionnalité, etc.). Une fiche chronologique détaille le cheminement de ces

personnes dans l'établissement: elle indique les interventions effectuées, les motifs de ces interventions, les personnes concernées.

Les chercheurs du M.S.S.S. ont compilé les données à partir de données relatives aux perceptions des différents acteurs analysées selon les techniques d'analyse de contenu (Huberman, 1984; L'Ecuyer, 1987; Miles et Patton, 1988) et de triangulation de données (Lincoln & Guba, 1985).

Les données ont été recueillies classifiées ou ordonnées en catégories selon un modèle mixte, c'est-à-dire qu'un certain nombre de catégories a été défini à partir du cadre théorique. Donc, s'y retrouve des catégories liées aux fonctions du processus telles l'accueil, l'évaluation, etc. et des catégories liées aux principaux facteurs explicatifs telles la disponibilité des ressources, l'environnement physique, le fonctionnement organisationnel, certaines caractéristiques des dispensateurs, etc. Les éléments reconnus comme essentiels à un processus optimal ont également été considérés.

5.6 Les résultats de la cueillette d'information

L'analyse doit intégrer les points de vue des clients et des dispensateurs des services en tenant compte des données factuelles.

5.6.1 Les caractéristiques des personnes âgées ayant participé à l'étude

Information générale:

La moyenne d'âge des personnes rencontrées est de 77,3 ans et ne diffère pas de façon significative selon le sexe. Il est à noter que près de la moitié des gens rencontrés ont 80 ans et plus. La proportion est plus marquée chez les femmes (50% comparativement à 43%) et en centre hospitalier (63% comparativement à 32% en C.L.S.C.).

La représentation des femmes est plus nombreuse (58,8% comparativement à 41,2%). Près de la moitié des personnes rencontrées sont veuves et plus de femmes que d'hommes sont dans cette situation (58% comparativement à 34,3%). Environ une personne sur trois est mariée.

Plus du tiers des personnes habitent seules et, ici encore, les femmes se retrouvent en plus grand nombre (44% comparativement à 28,6%).

La grande majorité des personnes habitent à leur domicile (84,7%). Une faible proportion, surtout des clients des centres hospitaliers, habite des résidences privées pour personnes âgées.

La presque totalité des sujets rencontrés bénéficient du soutien d'une personne de son entourage. Le plus souvent, il s'agissait du conjoint et des enfants.

Au départ, il était prévu que l'équipe rencontre 90 personnes soit, 10 personnes par territoire, dont cinq sélectionnées par le C.H.S.C.D et cinq par C.L.S.C.. L'équipe de chercheurs n'en a interviewé que 85; cinq personnes réparties dans trois régions n'ont pu être rejointes.

Sur les 85 personnes composant l'échantillon, 22 ont été rencontrées seules, 35 l'ont été en présence d'un aidant et 28 n'ont pu être rencontrées, principalement en raison de déficits cognitifs. Dans ces cas, seuls les aidants ont participé aux entrevues. En tout, 120 personnes ont été rencontrées représentant un total de 85 dossiers.

Les dossiers choisis devaient l'être non seulement en fonction des caractéristiques de la personne mais aussi en raison des contraintes organisationnelles auxquelles on tente d'apporter des solutions.

. L'état de santé

Parmi les 57 personnes rencontrées lors de entrevues, le quart estiment que leur état de santé est mauvais, 45% se perçoivent en excellente, très bonne et bonne santé, et le quart considèrent que leur état de santé est moyen. On note

quelques petites différences selon le sexe, les hommes étant un peu plus nombreux que les femmes à se percevoir en mauvaise santé. Les différences sont plus marquées selon que la personne soit client d'un C.L.S.C. ou d'un centre hospitalier: en C.L.S.C. 33% des clients déclarent leur santé mauvaise, comparativement à 19,2% de ceux en centre hospitalier.

. Les limitations fonctionnelles

La grande majorité des personnes rencontrées (85,9%) a besoin d'aide pour les quatre activités domestiques (tableau 5). En fait, 3,5% seulement sont autonomes pour toutes les activités. Environ 70% des personnes ont aussi besoin d'aide pour une ou plusieurs activités de la vie quotidienne, soit pour manger, se laver et s'habiller. Plus de la moitié éprouvent des problèmes de mobilité. Une proportion un peu plus élevée de personnes venant des centres hospitaliers n'ont pas besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (36,6% comparativement à 22,7% pour la clientèle des C.L.S.C.). On peut penser qu'une plus grande capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne influence davantage la perception de l'état de santé que le nombre ou la nature des maladies.

Quarante-six pour cent des personnes rencontrées présentent des problèmes cognitifs et, pour 27% d'entre elles, ces problèmes sont relativement importants. Environ 40% des personnes connaissent des problèmes psychologiques ou de

comportements de divers ordres. Les phénomènes dépressifs sont un peu plus marqués chez la clientèle féminine, alors que chez la clientèle masculine ce sont les comportements agressifs. Relativement, peu de personnes présentent des problèmes relationnels (15,3%).

Les personnes âgées sélectionnées par les intervenants répondent bien aux critères de la population visée: elles sont très âgées, ont une ou plusieurs incapacités permanentes ou sont aux prises avec des pathologies susceptibles de compromettre leur soutien à domicile. De plus, le fait qu'un tiers des personnes habitent seules les rendent plus susceptibles de changer de milieu de vie, advenant un problème de santé aigu.

5.6.2 Les aspects reliés à la structure

Cette section présente le premier volet des principaux résultats de l'évaluation, selon des thèmes qui décrivent et analysent les facteurs structurant le processus de prestation de services. Le processus en tant que tel et quelques effets observés chez la clientèle sont abordés au point 5.6.4. Dans chaque volet, l'analyse inclut les perceptions des différents acteurs et indicateurs, les forces et les faiblesses de l'organisation et de la prestation de service.

TABLEAU 5

Données sur les limitations fonctionnelles et divers autres problèmes psychologiques ou de comportement des personnes âgées selon le sexe et l'établissement de référence (85 dossiers)					
	Ensemble	Hommes	Femmes	C.L.S.C.	Hôpital
Nombre d'activités de la vie quotidienne pour lesquelles une aide est requise (manger, se laver, s'habiller)					
0	25 (29,4 %)	11 (31,4 %)	14 (28 %)	10 (22,7 %)	15 (36,6 %)
1	15 (17,6 %)	4 (11,4 %)	11 (22 %)	11 (25,0 %)	4 (9,8 %)
2	22 (25,9 %)	9 (25,6 %)	13 (26 %)	9 (20,5 %)	13 (31,7 %)
3	23 (27,1 %)	11 (31,4 %)	12 (24 %)	14 (31,8 %)	9 (22,0 %)
Nombre d'activités domestiques pour lesquelles une aide est requise (préparer les repas, entretien ménager léger, lessive, courses)					
0	3 (3,5 %)	1 (2,9 %)	2 (4 %)	0	3 (7,3 %)
1	5 (5,9 %)	1 (2,9 %)	4 (8 %)	4 (9,1 %)	1 (2,4 %)
2	3 (3,5 %)	1 (2,9 %)	2 (4 %)	2 (4,5 %)	1 (2,4 %)
3	1 (1,2 %)	0	1 (2 %)	1 (2,3 %)	0
4	73 (85,9 %)	32 (91,4 %)	41 (82 %)	37 (84,1 %)	36 (87,8 %)
Mobilité					
sans aide	37 (43,5 %)	17 (48,6 %)	20 (40 %)	18 (40,9 %)	19 (46,3 %)
avec marchette, quadripode,					
aire réduite	30 (35,3 %)	10 (28,6 %)	20 (40 %)	11 (28,6 %)	19 (46,3 %)
fauteuil roulant	16 (18,8 %)	8 (22,9 %)	8 (16 %)	13 (29,5 %)	3 (7,3 %)
alitement	2 (2,4 %)	0	2 (4 %)	2 (4,5 %)	0
Problèmes cognitifs					
aucun	46 (54,1 %)	15 (42,9 %)	31 (62 %)	26 (59,1 %)	20 (48,8 %)
légers	14 (16,5 %)	8 (22,9 %)	6 (12 %)	4 (9,1 %)	10 (24,4 %)
moyens ou graves	23 (27,1 %)	10 (28,6 %)	13 (26 %)	12 (27,3 %)	11 (26,8 %)
difficiles à évaluer	2 (2,4 %)	2 (5,7 %)	0	2 (4,5 %)	0
Problèmes psychologiques ou de comportement					
aucun	53 (62,4 %)	20 (57,1 %)	33 (66 %)	(57,1 %)	(66 %)
anxiété, dépression	12 (14,1 %)	4 (11,4 %)	8 (16 %)	4 (11,4 %)	8 (16 %)
agressivité	9 (10,6 %)	7 (20,0 %)	2 (4 %)	7 (20,0 %)	2 (4 %)
état psychotique, refus de condition, peu de tolérance à la confrontation	6 (7,1 %)	1 (2,9 %)	5 (10 %)	1 (2,9 %)	5 (10 %)
fugues	3 (3,5 %)	3 (8,6 %)	0	3 (8,6 %)	0
comportement dysfonctionnel	2 (2,4 %)	0	2 (4 %)	0	2 (4 %)
Problèmes conjugaux	13 (15,3 %)	5 (14,3 %)	8 (16 %)	(14,3 %)	(16 %)

Ces facteurs se divisent en trois catégories:

- 1- La première catégorie inclut des éléments organisationnels sur lesquels les établissements n'ont pas de prise tels que:
 - la disponibilité des ressources
 - les interventions ministérielles et régionales
 - la coordination sous-régionale et régionale
- 2- La deuxième catégorie inclut d'autres éléments sur lesquels les établissements peuvent agir tels que le fonctionnement organisationnel interne, dont le climat de travail et d'autres aspects qui sont reliés à la qualification des intervenants.

Ce dernier thème couvre quatre aspects:

- La compétence professionnelle
 - L'intérêt à l'égard de la clientèle
 - L'accès à la formation et à la supervision
 - La connaissance des ressources
- 3- La troisième catégorie couvre quelques caractéristiques du milieu de la clientèle par rapport au réseau de services.
Ce thème couvre deux aspects:
 - Attitudes de la clientèle par rapport au réseau de services

- La connaissance que la population a des services disponibles

Première catégorie: Les éléments sur lesquels les établissements n'ont pas de prise

Considérant que les établissements n'ont pas de prise sur ces aspects de l'organisation des services, nous ne ferons qu'un bref résumé des problèmes mentionnés dans l'étude.

a) La disponibilité des ressources

Ressources d'hébergement: Presque partout pour les personnes en grande perte d'autonomie, on déplore l'insuffisance de ressources d'hébergement publiques et les délais d'attente qui s'ensuivent (neuf centres hospitaliers, trois C.L.S.C., deux R.R.S.S.S. et un C.S.S.). Le problème de la non disponibilité de places en centres d'accueil d'hébergement pour des personnes en grande perte d'autonomie est plutôt soulevé du point de vue de l'accessibilité, tant physique que géographique, que de celui de la quantité de places comme telle.

Selon les données du M.S.S.S., les territoires visités ont un nombre suffisant de places, compte tenu du nombre de personnes âgées dans leurs limites.

Ressources de soutien à domicile: Presque partout, on note une insuffisance de ressources de soutien à domicile, particulièrement celles qui concernent l'aide et le gardiennage

sont signalées. Ces facteurs combinés ne sont pas étrangers au phénomène d'engorgement des lits de courte durée observé dans plusieurs hôpitaux. Le manque de ressources de gardiennage et d'hébergement est particulièrement important pour les personnes atteintes de problèmes cognitifs et de comportement. Les délais pour l'accès aux aides et équipements sont trop longs.

Les ressources intermédiaires: Le manque de ressources de répit, de convalescence et de places dans des ressources intermédiaires (familles d'accueil par exemple) est mentionné.

Les ressources en personnel: Le personnel n'est pas suffisant partout. La pénurie touche plus particulièrement les ergothérapeutes et les physiothérapeutes, tant à domicile que dans les centres hospitaliers, le personnel médical en C.L.S.C. et pour les visites à domicile, ainsi que les travailleurs sociaux. La clientèle mentionne le manque d'infirmières, de même que le manque de préposés aux bénéficiaires dans les hôpitaux.

Autres ressources:

- . Là où elles sont absentes, les unités de courte durée sont réclamées.
- . L'adaptation des ressources aux communautés culturelles est un problème important, particulièrement dans la région de Montréal.

- . Des problèmes de transport existent, tant dans les régions urbaines que les autres, pour la clientèle âgée en perte d'autonomie.

b) Les interventions ministérielles et régionales

Certaines interventions du Ministère sont critiquées de la part des intervenants de tous les types d'établissements de toutes les régions. Les reproches portent principalement sur les orientations du Ministère concernant les services à donner et sur l'attribution et la gestion des budgets par le Ministère et les Régies régionales.

c) La coordination régionale et sous-régionale

Ce thème fait ressortir les forces et les faiblesses des moyens mis en place au niveau régional et sous-régional pour organiser, harmoniser, mieux articuler les différents services à la population.

Pour les fins de l'étude, la collaboration est analysée en fonction du processus de coopération concrète par rapport à un client, alors que la coordination se situe davantage au niveau des organisations et est traitée comme facteur structural.

Les observations sur la coordination sont regroupées sous trois objets:

- 1- La concertation et la complémentarité des missions et des approches.

La concertation est souvent déficiente entre les différentes ressources, ce qui conduit à l'utilisation irrationnelle de ces ressources. Ceci est identifié dans presque la totalité des territoires par les C.R.S.S.S. et les Centres hospitaliers surtout.

Chaque établissement fonctionne de manière isolée. Le personnel offre une réponse qui est souvent en fonction des services disponibles dans son propre établissement et non des besoins réels de la clientèle, ne tenant pas toujours compte de l'ensemble des services offerts sur le territoire par le réseau.

- 2- Les mécanismes de transfert d'information et de références entre les établissements.

Cette question revient moins souvent que les autres: deux C.L.S.C. seulement déplorent l'absence de mécanismes de transferts d'information entre établissements d'un même territoire ou de territoires différents, lorsque des personnes doivent recevoir des services dans les grands centres.

Par ailleurs, s'il est clair que la majorité des établissements favorisent un formulaire de référence nécessitant la participation de plusieurs partenaires du

réseau, il n'en reste pas moins que selon une évaluation d'un C.R.S.S.S. où fut tenté une expérience avec une formule semblable, il n'est pas évident que celle-ci permette de recueillir une information plus pertinente, plus succincte ou plus complète, ni qu'elle évite la duplication de données ou qu'elle influence de façon significative la prise de décisions.

Deuxième catégorie: Les éléments sur lesquels les établissements peuvent agir

Le fonctionnement organisationnel interne comprend le climat organisationnel, dans lequel travaille le personnel. Cet aspect des organisations a été étudié au chapitre IV.4.

La qualification des intervenants

Ce thème couvre quatre aspects:

a) La compétence professionnelle

Six hôpitaux (quatre de façon prioritaire), un C.R.S.S.S. et six clients insistent sur le manque de connaissance et de sensibilisation du personnel des centres hospitaliers et particulièrement des médecins spécialistes, à la condition des personnes âgées. Ce problème apparaît aussi bien dans les hôpitaux où il y a des services gériatriques que dans ceux qui n'en n'ont pas, et ce, peu importe leur rayonnement dans ces hôpitaux.

La situation est différente là où il y a une grande motivation et où l'engagement est profond chez les intervenants (ex. unités de soins de courte durée ou de longue durée).

b) L'intérêt à l'égard de la clientèle

L'absence d'intérêt du personnel envers les personnes âgées, en particulier par les médecins spécialistes est déploré par cinq centres hospitaliers, dont trois en font une priorité.

Trois clients et un C.R.S.S.S. font état du même problème.

Par contre, dans la moitié des centres hospitaliers, on met en évidence le grand intérêt de certains intervenants particulièrement ceux de l'unité de soins de longue durée et de l'unité de courte durée gériatrique pour la clientèle âgée.

La moitié des C.L.S.C. soulignent eux aussi l'engagement du personnel auprès de la clientèle âgée.

Sept personnes mentionnent leur appréciation du travail des intervenants.

c) L'accès à la formation

De façon générale, la formation structurée est jugée insuffisante dans la moitié des C.L.S.C. ce que n'approuvent pas deux gestionnaires. Dans l'autre moitié et dans un centre hospitalier on fait des efforts importants pour la formation. Plusieurs intervenants mettent aussi la créativité et la compétence à leur actif, ce qui est corroboré par les gestionnaires.

d) La connaissance des ressources

Dans quatre établissements, des membres du personnel ne savent pas toujours vers quelle discipline professionnelle, ils doivent orienter la clientèle à l'interne et connaissent peu les services existants au sein même de leur organisation (deux C.L.S.C. et deux centres hospitaliers).

Par ailleurs, on souligne le fait que les médecins et l'ensemble du personnel des hôpitaux méconnaissent les services offerts par les C.L.S.C. (trois C.L.S.C., quatre hôpitaux) et que les intervenants soient plus ou moins au courant des ressources extérieures à leur établissement (quatre C.R.S.S.S. et deux C.L.S.C.).

Très peu d'établissements ont mis sur pied des mesures destinées à augmenter les connaissances des intervenants sur

les ressources existantes (un C.L.S.C. et un C.R.S.S.S. en milieu urbain).

Troisième catégorie: Quelques caractéristiques du milieu de la clientèle par rapport au réseau de services

- . Les attitudes et perceptions de la clientèle par rapport au réseau de services

Dans la presque totalité des territoires, plusieurs usagers ont une attitude et une perception négative à l'endroit des services offerts par les établissements. Des intervenants d'à peu près toutes les catégories d'établissements rapportent eux aussi une telle attitude ou perception.

Des attitudes négatives qui dénotent la difficulté pour les établissements d'offrir certains services. Des personnes refusent des services ou acceptent difficilement de recevoir de l'aide d'une tierce personne ou encore du personnel d'une communauté culturelle différente (ce type de problème se pose avec plus d'acuité à Montréal).

Le personnel considère que la clientèle manque parfois d'ouverture pour des ressources moins connues telles que les centres de jour et les hôpitaux de jour (deux territoires).

Des attitudes de méfiance à l'égard des services:

- . Des usagers perçoivent des situations d'injustice: exemple, des personnes qui reçoivent moins de services parce qu'elles sont un peu plus fortunées; personnes qui demandent plus de services qu'elles n'en ont besoin (cinq personnes dans quatre territoires).
- . Des personnes refusent de dévoiler leur situation financière (deux territoires).
- . Des personnes craignent de se plaindre, de manifester leur insatisfaction par crainte de représailles (au moins trois personnes dans deux territoires).

Des attitudes ayant trait à la mentalité des personnes:

- . Les intervenants ont de la difficulté à adapter à la baisse les services lorsque les besoins changent, parce que l'utilisateur considère qu'il a droit à ces services même s'ils ne sont plus requis pour lui (trois territoires).
- . Des familles ont tendance à aller au bout de leurs forces avant de demander de l'aide et considère l'urgence du centre hospitalier comme la porte d'entrée de l'hébergement (quatre territoires).

Des attitudes traduisant une insécurité:

- . Des familles et des personnes âgées se sentent inquiètes quant à l'éventualité d'un retour à la maison après l'hospitalisation (deux territoires).
- . Des personnes âgées acceptent mal leur état, vivent dans l'insécurité.

5.6.3 Les aspects reliés au processus de prestation de services

Cette section décrit et analyse le processus, c'est-à-dire les façons de faire, qu'il s'agisse de la prestation de services à la clientèle ou du soutien à cette prestation. Nous toucherons les aspects suivants:

- . Les approches des établissements
- . Le contexte de prise de décisions
- . Les approches professionnelles
- . La collaboration avec les divers partenaires

5.6.3.1 Les approches des établissements

Les approches des établissements correspondent à des choix, à des décisions qui sont prises ou non par les administrateurs ou encore qui sont conséquentes à des pratiques administratives; celles-ci influencent certaines façons de

faire des intervenants auprès de la clientèle et sont en bonne partie indépendantes des volontés du personnel clinique.

Dans presque tous les territoires, cette question a été abordée sous forme de problème. Alors que les intervenants se prononcent sur la nature des approches, la clientèle met plutôt en évidence certaines conséquences que celles-ci entraînent.

a) Les choix stratégiques

Les choix que les établissements font pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie posent des problèmes dans huit C.L.S.C. (dont trois de façon prioritaire), huit centres hospitaliers (dont cinq de façon prioritaire), deux C.R.S.S.S. et un C.S.S..

Certains C.L.S.C. afin de desservir une population plus nombreuse, ont tendance à diminuer le nombre d'heures de services offerts à chacune des personnes. Dans les C.L.S.C., des intervenants remettent en question la pertinence de cette approche dite de "dilution" de même que la prestation de services à court terme (trois C.L.S.C. et un centre hospitalier). Ils ajoutent que cela permet, malgré tout, de prolonger le maintien à domicile de certaines personnes. Une gestionnaire de C.L.S.C. conteste la politique du C.R.S.S.S. visant à donner les services selon les besoins identifiés par l'évaluation et qui ne tient pas compte de l'ensemble de la clientèle.

Dans trois autres C.L.S.C., on remet en cause le fait d'être trop interventionniste auprès de la clientèle légère, au lieu de réserver les services pour des personnes en plus grande perte d'autonomie.

Un C.L.S.C. et un C.R.S.S.S. en région urbaine expriment leurs inquiétudes quant au choix de faire appel à des agences privées ou à l'allocation directe pour les services intensifs de soutien à domicile (S.I.M.A.D.) et de réserver le personnel régulier du C.L.S.C. pour les services réguliers. Cette situation fait que c'est le personnel le moins qualifié qui s'occupe des clientèles les plus dépendantes.

Les intervenants d'un centre hospitalier et d'un C.L.S.C. sont en désaccord avec le choix que font certains C.L.S.C. de ne pas offrir de services d'entretien ménager ou de gardiennage dans le cadre des services réguliers; les usagers de quatre C.L.S.C. en parlent aussi. En revanche, une gestionnaire s'interroge sur la pertinence du choix qu'a fait son centre en donnant des services d'entretien ménager.

Pourtant, les données recueillies auprès de la clientèle démontrent que les besoins relatifs aux tâches domestiques et au gardiennage sont particulièrement importants (réf. à 5.6.1 l'état de santé). Certaines personnes se plaignent que le type de services qu'elles reçoivent ne correspond pas à leurs besoins. De plus, la moitié des usagers présentent, à divers degrés, des problèmes d'ordres cognitifs nécessitant des

besoins de répit, souvent sous forme de gardiennage, chez les aidants naturels.

Les opinions concernant la pertinence d'offrir des services d'entretien ménager ou encore, de les faire donner par le C.L.S.C. lui-même divergent beaucoup. Certains trouvent que ces services sont une façon de suivre l'évolution du client. D'autres trouvent que ces services ne nécessitent pas l'intervention directe du personnel du réseau ou qu'ils ne relèvent pas de sa responsabilité. Certaines auxiliaires se montrent peu intéressées à accomplir ce type de tâche.

Dans les C.L.S.C., ces choix stratégiques s'expliquent davantage par une façon de faire face à la pénurie de ressources qu'à un véritable "choix" des établissements. Ils peuvent aussi s'expliquer par l'absence de directives ministérielles claires sur la nature des services à offrir et les critères d'allocation. L'instabilité des budgets peut aussi influencer les choix stratégiques en nuisant à l'avènement d'une planification réelle.

Dans les centres hospitaliers, on déplore le manque de priorité accordée par l'administration à la clientèle gériatrique et qui se traduit par exemple par une sous-budgétisation de la gériatrie par rapport à des spécialités plus prestigieuses comme la cardiologie, par l'absence d'unité de soins de longue durée ou par un non-désir de faire de la clientèle de l'unité de soins de longue durée une clientèle

prioritaire (cinq centres hospitaliers, dont trois de façon prioritaire).

Il nous faut ajouter que deux C.R.S.S.S. mentionnent la lenteur du réseau à s'adapter aux besoins changeants des clientèles.

b) La conciliation des intérêts de la clientèle et ceux des établissements

Dans les régions les plus urbaines, les intervenants insistent sur la difficulté de concilier les intérêts des hôpitaux et ceux de la clientèle en ce qui concerne, par exemple, le respect des normes de durée de séjour ou la priorité accordée aux soins aigus (six centres hospitaliers, dont trois de façon prioritaire, trois C.L.S.C. et un C.R.S.S.S.).

Dans trois territoires où un grand nombre de personnes sont en attente d'hébergement, des intervenants mentionnent la crainte qu'entretiennent les hôpitaux de voir les personnes âgées en perte d'autonomie occuper des lits de courte durée, une fois terminée la période de soins aigus; d'où difficulté d'hospitaliser, pressions pour les congés. D'autres approches ont trait à des attitudes des administrateurs dont les causes sont difficiles à cerner (ne pas mettre en priorité certaines clientèles âgées engagement de certains types de personnel).

La clientèle confirme cette attitude des hôpitaux une dizaine d'usagers mentionnent les pressions qu'ils subissent pour libérer les lits en ces termes: " Ils nous pressaient pour sortir. J'aimerais qu'il y ait moins de pression." "On nous a dit que ce n'était pas la place des personnes âgées." Cinq autres personnes disent leur peur d'être renvoyées à leur domicile quand elles se présentent à l'urgence. "Il faut aller à l'urgence en ambulance si on veut qu'ils s'en occupent."

Les divers types de pression dont nous venons de parler sont ressentis aussi souvent par la clientèle des hôpitaux où le taux d'attente d'hébergement est élevé, que par celle des hôpitaux où le taux est maintenu à un faible niveau. Des pressions sont moins fréquentes quand l'unité de soins de longue durée est véritablement vouée à l'hébergement à long terme et ne sert pas seulement de milieu de transition dans l'attente d'une place dans un autre établissement.

Certains gestionnaires ont clairement parlé de la difficulté de concilier la mission première des hôpitaux en ce qui concerne les soins de courte durée et la réalité qui amène dans leurs établissements de plus en plus de personnes âgées qui risquent d'occuper à long terme les lits de courte durée, et ce, faute de ressources permettant d'assurer leur sortie, quand la période de soins aigus est terminée.

c) L'existence d'approches différentes auprès d'une même clientèle

Dans sept territoires (trois C.L.S.C., deux centres hospitaliers, deux C.S.S., quatre C.R.S.S.S.) on fait état de difficultés reliées à la coexistence d'approches différentes, soit à l'intérieur d'un même l'établissement, soit entre divers établissements.

Certains C.L.S.C. accordent la priorité à la clientèle en grande perte d'autonomie, alors que les centres hospitaliers souhaiteraient qu'on accorde plus d'attention aux besoins à court terme, par exemple, à ceux des convalescents. Les problèmes reliés à des approches différentes touchent surtout les C.S.S. et leur rapport avec les autres établissements, mais on les retrouve parfois en ce qui concerne le choix des clientèles à mettre en priorité (réf. à 5.6.3.1.b).

5.6.3.2 Le contexte de prise de décision

Que la prise de décision ait trait à la prestation de services, à la demande d'hébergement, au congé du centre hospitalier ou à d'autres aspects de l'intervention auprès des clients, plusieurs aspects du contexte qui entourent cette prise de décision font presque partout l'objet de préoccupation de la part des intervenants, des C.R.S.S.S., et de la clientèle.

Nous traiterons des plans de services et la place de la clientèle dans le processus décisionnel.

a) Les plans de services et d'intervention

Même si l'utilisation de plans de services est reconnue par les experts comme une des caractéristiques d'un processus d'intervention approprié, les intervenants rencontrés dans l'étude l'ont rarement mentionnée.

On estime que l'absence de planification, d'application systématique et coordonnée des décisions et de recherche commune de solutions par divers établissements à l'aide d'un plan de services pose des problèmes dans environ la moitié des territoires, trois C.R.S.S.S. en parlent précisément.

La définition de plans de services ne semble pas uniforme partout. En effet, sept des C.L.S.C. affirment dans les questionnaires utiliser des plans de services, dans les faits, il en va autrement, car il s'agit plutôt de plans d'intervention ou de plans de soins, car très rares sont ceux où plus d'un dispensateur sont intégrés (deux C.L.S.C., dont un projet-pilote).

Aucun centre hospitalier ne fait état de sa participation à l'élaboration de plans de services.

b) La place de la clientèle

Accorder une place à la clientèle lors de prises de décision et tenir compte des besoins des personnes aidantes constituent des aspects importants du processus optimal selon les experts.

Les intervenants rencontrés considèrent aussi qu'une bonne approche implique nécessairement la participation de la clientèle aux décisions. Par ailleurs, l'importance d'être à l'écoute des gens, de respecter leurs désirs et leurs capacités apparaît moins souvent, et seuls les auxiliaires l'ont mentionné.

La clientèle:

Si presque partout une vingtaine de personnes, surtout parmi la clientèle de courte durée gériatrique, font part de leur satisfaction quant à l'attention qui leur est accordée; quand il y a une décision à prendre, des problèmes sont identifiés dans neuf territoires.

Plus d'une quinzaine de personnes signalent qu'on ne tient pas compte de leur opinion, lors de prises de décisions les concernant au premier chef, ou qu'elles ne se sentent pas comprises ou écoutées. De plus, dans cinq régions, des personnes décrivent précisément la difficulté qu'elles ont eue

L'approche globale telle qu'elle se définit est loin de prévaloir dans tous les milieux. Les intervenants soulèvent des problèmes presque partout, ainsi qu'une dizaine de clients.

La clientèle de façon générale a une perception positive de l'évaluation dont elle fait l'objet. Ainsi, dans six territoires, une dizaine de personnes se sentent rassurées par les évaluations des C.L.S.C. et le même nombre par celles des centres hospitaliers, même s'il peut y avoir des répétitions.

L'intervention

En ce qui a trait à l'intervention, deux problèmes sont mis en priorité par les intervenants dans les centres hospitaliers: L'approche axée sur la pathologie et la situation déplorable des personnes en attente d'hébergement.

Un autre troisième problème, prioritaire cette fois pour la clientèle, concerne le manque de services et le manque d'approche pour les personnes ayant des problèmes cognitifs. Les personnes qui ont des problèmes cognitifs souffrent d'un manque d'approche globale et d'un manque de services, et ce, où qu'elles soient. La clientèle aborde cette question et, dans une moindre mesure, les intervenants des centres hospitaliers. Dans sept territoires, au moins sept aidants ont exprimé leur insatisfaction quant à l'approche pratiquée à l'égard de leurs parents ayant des problèmes cognitifs, particulièrement en milieu hospitalier. Pour ces aidants, les personnes confuses

sont trop souvent laissées à elles-mêmes, sont trop souvent attachés inutilement. Les personnes se sentent également abandonnées par le centre hospitalier.

Les C.L.S.C.

Le personnel n'a pas véritablement exprimé de faiblesse ou de force au sujet de son approche auprès de cette clientèle, même si quelque 25% des personnes échantillonnées présentaient des problèmes cognitifs importants. Il a cependant insisté sur le manque de ressources de tout ordre, autant dans la communauté qu'en institution, pour répondre de façon appropriée aux besoins de cette clientèle, de même que sur le manque de disponibilité des équipes de psychogériatrie.

Cependant, des indices révèlent certaines difficultés: manque de soutien aux familles, en particulier à celles qui s'occupent d'une personne confuse, le peu d'engagement des C.L.S.C. à certains endroits, pour constituer des banques de noms pour le gardiennage.

Autres éléments de préoccupation

Un autre élément préoccupe les intervenants même s'il a été moins souvent mis en priorité (six C.R.S.S.S., six C.L.S.C. dont deux priorités et six centres hospitaliers). Il s'agit du manque ou de l'absence de préoccupation quant au retour à domicile qui se traduit par une mauvaise planification des

congés, surtout par les départements autres que gériatriques. Un aidant résume bien la façon dont ce problème est vécu par la clientèle.

Le médecin ne pouvait pas me dire si elle sortait. Mais une fois que tout a été décidé qu'elle sorte, ça pressait de la sortir. On n'a pas eu le temps de magasiner une place où la loger. Ça presse pas pendant deux mois et après une semaine, il faut la sortir et la loger.

Les services à domicile

Il arrive également que certains intervenants ne croient pas aux services à domicile. Par exemple, une personne hospitalisée pour un problème d'asthme était toujours hospitalisée en attente d'une place en centre d'accueil, parce que le médecin n'était pas favorable au retour à domicile, malgré l'offre de services du C.L.S.C. D'autres considèrent que cela ne vaut plus la peine de faire appel aux C.L.S.C., car ils ont trop souvent connu les limites actuelles de leurs services. Voici ce que dit un aidant:

On a rencontré la travailleuse sociale et le médecin. Ils nous ont dits que si elle revenait à la maison, le C.L.S.C. ne pourrait pas nous offrir ce dont on a besoin... Il n'offre que des petits bouts de services, soit pour prendre la pression, donner des piqûres.

Presque partout, le manque de préoccupation à l'égard du soutien à donner aux familles est signalé (cinq C.L.S.C. dont une priorité, trois centres hospitaliers, un C.S.S. et une

quinzaine d'aidants). Les aidants parlent de leur fatigue, de leur épuisement. Ce sont surtout ceux soutenant des personnes atteintes de problèmes cognitifs qui vivent les situations les plus difficiles. Voici comment les personnes ont exprimé leur fardeau:

Ma mère était fatiguée; elle passait des nuits blanches. On a décidé de l'entrer à l'hôpital. Mon père ne dormait plus que 15 minutes à la fois.

Maintenant, c'est plus difficile. Elle a commencé à se lever la nuit et je ne peux dormir. Même avec des pilules, je suis inquiet, j'ai peur qu'elle tombe. Je suis fatigué mentalement, c'est pire que la fatigue physique.

La volonté de la direction de faire ou non de la clientèle gériatrique une clientèle prioritaire ressort également comme facteur important qui peut favoriser ou, au contraire, limiter l'expansion de l'approche globale ou gériatrique dans l'ensemble des établissements.

c) Le suivi

Le suivi de la clientèle au moyen de réévaluations périodiques ou de relances à la sortie de l'établissement fait l'objet de cette section.

Les principaux constats sont les suivants:

Du point de vue de la clientèle

Le suivi à l'intérieur d'un établissement, que les personnes âgées définissent surtout en terme de la régularité des visites du personnel, constitue un élément positif de l'approche surtout en C.L.S.C. (sept personnes dans cinq C.L.S.C. et cinq dans trois centres hospitaliers).

Du point de vue du personnel

Le suivi à la sortie, surtout des personnes ayant reçu leur congé d'une unité de courte durée gériatrique, est perçu positivement par le personnel de six centres hospitaliers. Le suivi est aussi assuré par l'équipe de consultation externe (deux centres en régions fortement urbanisées), par l'infirmière de liaison (trois centres), ou par un membre de l'équipe de courte durée gériatrique active (deux centres en régions fortement urbanisées).

La clientèle des services gériatriques exprime aussi sa satisfaction quant au suivi assuré par les centres hospitaliers, lequel consiste, dans quatre territoires, en des visites hebdomadaires à domicile et en des appels téléphoniques. Un seul C.L.S.C., deux centres hospitaliers et deux C.R.S.S.S. identifient des problèmes en matière de suivi: selon eux, les besoins de réadaptation à la sortie ne sont pas suffisamment pris en compte.

5.6.3.4 La collaboration avec les partenaires

La collaboration avec les partenaires, c'est-à-dire les initiatives prises par les établissements pour travailler ensemble de façon concertée, est une composante importante du processus de prestation de services telle que définie par les experts et les intervenants. Ainsi, dans tous les territoires qui furent visités par les chercheurs du Ministère, des problèmes et des points forts sont mentionnés par le personnel des établissements et par les représentants des C.R.S.S.S.. La clientèle perçoit peu de problème et évoque plus facilement les points forts. (tableau 6)

Les différentes observations de ce tableau furent regroupées sous deux objets: d'une part, les relations entre les C.L.S.C. et les centres hospitaliers et, d'autre part, les relations entre ces établissements (ou d'autres) et des ressources telles que les centres de jour, les hôpitaux de jour, les organismes communautaires, etc. Par ailleurs, pour les besoins de notre étude, nous nous limiterons aux réflexions concernant les liens fonctionnels entre les C.L.S.C. et les C.H.S.C.D..

a) Les relations entre les C.H.S.C.D. et les C.L.S.C.

Les mécanismes de communication et de références entre les centres hospitaliers et les C.L.S.C. sont déficients à plusieurs égards. Presque tous les établissements font état du

TABLEAU 6 : Fréquence exprimée du thème "Collaboration avec les partenaires"

PROBLÈMES														
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10 ⁴			Centres hospitaliers 10 ⁴			R.R.S.S.S. 7 ⁴		C.S.S. 3 ⁴		CLIENTÈLE ⁵		
		P ¹	M ²	S ³	P ¹	M ²	S ³	M ²	S ³	M ²	S ³	C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
► Les relations entre centres hospitaliers et C.L.S.C.	11	3	6	-	3	6	1	7	-	-	-	-	1	-
► Les relations avec les autres types d'établissements	11	-	7	1	1	2	-	3	-	3	-	-	-	-
► Les liens avec les médecins de pratique privée	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-

POINTS FORTS								
	Territoires 11	C.L.S.C. 10	Centres hospitaliers 10	R.R.S.S.S. 7	C.S.S. 3	CLIENTÈLE		
						C.L.S.C.	C.H.	Autres
► Entre centres hospitaliers et C.L.S.C.	11	5	6	2	-	1	10	-
► Entre d'autres ressources	11	8	7	-	1	5	1	3
► Entre médecins de pratique privée	-	-	-	-	-	-	-	-

Problèmes prioritaires; ² Problèmes mentionnés; ³ Problèmes sélectionnés; ⁴ Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes; ⁵ 50 clientes et clients, aidantes et aidants rencontrés seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

manque de mécanismes pour l'évaluation et le suivi d'une clientèle commune ou de leur faiblesse.

Points de vue des C.L.S.C.

Ils reprochent aux centres hospitaliers le peu de renseignements transmis sur un client, le fait qu'aucun résumé du dossier ne soit acheminé au C.L.S.C. lors d'un congé et que la planification des congés se fasse à la dernière minute. Dans quatre territoires, des C.L.S.C. estiment également que les centres hospitaliers ont tendance à les considérer comme des sous-traitants qui doivent mettre en oeuvre des plans de soutien à domicile sans avoir été consultés.

Points de vue des centres hospitaliers

Un des reproches que font cinq centres hospitaliers des territoires urbains aux C.L.S.C., est la difficulté d'obtenir des services d'eux les fins de semaine.

Un autre problème, prioritaire pour trois centres hospitaliers, est la tendance qu'ont les C.L.S.C. à refaire les évaluations et à contester les plans de soutien à domicile établis par les centres hospitaliers. On insiste sur la difficulté à fonctionner avec les modalités de références établies par les C.L.S.C. ou l'impossibilité, dans un cas, d'avoir une référence directe à partir du centre hospitalier pour des demandes d'aide et des services psychosociaux, parce

que le C.L.S.C. exige que la clientèle fasse elle-même la démarche.

Constats

On estime que la présence dans les centres hospitaliers d'un agent de liaison, responsable des liens avec les ressources extérieures, représente un facteur qui facilite la collaboration, que cette fonction se retrouve à l'urgence, à l'unité de courte durée gériatrique ou dans un autre département (quatre centres hospitaliers et deux C.L.S.C.). Il faut noter que les contacts s'établissent plus facilement pour les soins infirmiers que pour l'aide à domicile.

À deux endroits, les intervenants des centres hospitaliers ne sont pas d'accord avec leurs directions qui ont choisi d'éliminer le poste d'agent de liaison à l'urgence et de confier la responsabilité des liens aux infirmiers des autres départements ou au personnel de l'unité de courte durée gériatrique. Le personnel des C.L.S.C. de ces territoires abondent dans le sens des intervenants des hôpitaux.

La présence d'un agent de liaison semble aussi favoriser une meilleure connaissance des services offerts par les C.L.S.C.. Les données obtenues laissent voir que le personnel des centres hospitaliers connaît peu ou mal les services offerts par les C.L.S.C., et cela est plus évident en l'absence d'une fonction de liaison.

La participation d'un intervenant d'un C.L.S.C. aux réunions de l'équipe gériatrique d'un centre hospitalier, la présence d'un médecin à mi-temps à la fois en centre hospitalier et en C.L.S.C. et la possibilité pour tout intervenant d'un C.L.S.C. de diriger des cas directement vers les ressources externes sont d'autres moyens qui semblent accroître la collaboration.

Des ententes précises conclues entre centres hospitaliers et C.L.S.C. contribuent aussi à accroître la collaboration, comme le paiement des examens de laboratoire d'un C.L.S.C. par un centre hospitalier et le privilège d'hospitalisation des médecins d'un C.L.S.C..

Points de vue de la clientèle

Impossible d'avoir des services du C.L.S.C. les fins de semaine.

Par ailleurs, une dizaine de clients, d'aidants dans plus de la moitié des endroits ont aussi manifesté leur satisfaction quant aux échanges entre le centre hospitalier et le C.L.S.C. et particulièrement entre les services gériatriques ou l'infirmière de liaison et le C.L.S.C. Il semble exister un rapport entre la présence d'une fonction de liaison et la qualité de la collaboration entre les deux types d'établissements.

5.6.4 Les aspects reliés aux résultats du processus de prestation de services

Cette section met en évidence les effets observés du processus de prestation de services chez la clientèle. Les effets sont tels que vécus par la clientèle et touchent notamment les points suivants:

a) La pertinence des décisions

La plupart des personnes se disent satisfaites des évaluations dont elles font l'objet, certaines ont l'impression qu'on a surévalué leurs capacités, ce qui risque, selon elles, de les priver de certains services ou de hâter leur congé (huit personnes).

Dans quatre centres hospitaliers et les quatre C.L.S.C. où l'on critique les évaluations, des clients se plaignent aussi du fait qu'on ne tient pas suffisamment compte de leur opinion quand il y a une décision à prendre. Par ailleurs, dans trois des quatre centres hospitaliers où se retrouvent de tels problèmes, des gens se plaignent aussi des pressions qu'elles ont subies pour sortir, par les centres hospitaliers.

Dans six territoires, une douzaine de personnes hospitalisées ou leurs proches sont en désaccord avec la décision d'hébergement.

- b) La satisfaction du type et de la quantité de services reçus

Environ 25 personnes et leurs proches répartis dans presque tous les C.L.S.C. se plaignent de ne pas recevoir de services ou d'en recevoir en quantité insuffisante.

Lorsqu'ils ont évalué ma mère, ils ont dit qu'elle avait besoin de 2h30 par jour. Mais ils ne pouvaient pas en donner. On n'était pas plus avancé.

À l'hôpital, ils disaient que le C.L.S.C. c'était des dieux, mais dans le fond, ils vous prêtent un siège de toilette, une marchette... Ils prêtent un maximum de trois mois, après il faut s'en acheter ou s'en passer. Ils tendent des hameçons.

Parmi les mêmes personnes, près d'une dizaine déplorent que la fréquence des bains se limite le plus souvent à une fois par semaine, parfois deux si la personne est incontinente. "Au C.L.S.C. on demande un service et on ne l'a pas. Ils donnent deux bains aux onze jours. Pour quelqu'un d'incontinent, ça marche pas."

Un nombre plus réduit de personnes (sept dans diverses régions), se plaignent du type de services offerts par les C.L.S.C. L'aide offerte ne correspond pas à ce que les personnes estiment avoir besoin.

Le C.L.S.C. lui faisait faire (à mon père) de la culture physique, un bain, les médicaments et ils lui jasaient pour le moral. Ils étaient même prêts à lui faire deux repas par jour ma mère était capable. On aurait aimé avoir quelqu'un la nuit pour des services.

Ça m'avait choqué que l'auxiliaire familiale ne lave pas le plancher.

Deux mentionnent plus particulièrement l'absence de services d'urgence du C.L.S.C.

Malgré ce que nous venons de dire, presque dans tous les territoires, une vingtaine de clients considèrent que les services offerts correspondent à leurs besoins, que ce soit en terme de quantité que de la qualité, ils disent qu'on se soucie d'adapter les services à l'évolution de leur situation, et cela que ce soit de l'initiative du C.L.S.C. ou en réponse à leur demande.

Mêmes si elles se disent satisfaites, plusieurs personnes âgées sont parfaitement conscientes des ressources limitées du C.L.S.C. "Ils m'ont donné 5 demi-journées par semaine. Je suis assez contente que je ne fais pas de commentaires. Ils ne pourraient pas m'en donner plus. Ils ont bien du monde à s'occuper."

La situation suivante démontre qu'avec une gamme suffisante de services, il est possible de maintenir convenablement à domicile des personnes qui autrement devraient entrer en institution. À titre d'exemple, une dame vit seule en appartement mais reçoit un soutien de sa fille et d'un organisme communautaire pour ses sorties. Elle, semi-voyante, a une hémiparésie, fait de l'insuffisance respiratoire et

souffre d'anxiété. "J'ai 5 matinées par semaine pour le bain, laver la vaisselle, mon lavage, le dîner etc. L'infirmière vient à chaque semaine ou aux deux semaines... Le C.L.S.C. me donne un bon service."

c) Les délais pour l'évaluation et l'obtention de services

Cette section traite de deux aspects: l'attente pour une évaluation des services réguliers et l'autre pour des services urgents.

Dans six territoires, les intervenants, tout comme la clientèle et les proches (une quinzaine) font état des délais pour obtenir des services de la part des C.L.S.C. Dans quatre cas, il s'agit des C.L.S.C. qui ont à composer avec une demande potentielle de moyenne à forte et un budget réduit ou très réduit. Les délais signalés par la clientèle concernent l'aide directe du C.L.S.C. ou l'allocation directe provenant parfois du C.R.S.S.S. ou de S.I.M.A.D..

Ma mère, par rapport au C.L.S.C., elle trouvait que ça n'allait pas vite. Ils allaient la voir, elle appelait. Ils disaient qu'elle était sur une liste d'attente. Ils ne sont pas pressés.

C'est assez exigeant de garder mon père, j'ai soixante ans et lui 87. Il a les jambes faibles. Je fais tout... Le C.L.S.C., il n'est jamais venu personne. On m'a dit que ça prendrait deux mois pour savoir si quelqu'un viendrait pour donner le bain à mon père.

Ces délais entraînent parfois des dépenses supplémentaires ou le recours à l'aide des voisins. Certains songent à une demande d'hébergement.

Moi, je fais du gardiennage du lundi au vendredi de 15h00 à 8h30, ma soeur complète la fin de semaine. Mon employé fait 38 heures par semaine. On a fait une demande au C.R.S.S.S. pour la payer. J'ai été acceptée mais ils n'ont pas de budget. Ils ne savent pas quand ils vont avoir le budget. Probablement qu'au printemps on fera une demande d'hébergement, à moins qu'ils ne débloquent un budget au C.R.S.S.S..

Malgré les points faibles mentionnés, précisons que sur la question des délais, dans toutes les régions les clients satisfaits (près de vingt) sont plus nombreux que les autres. Dans la plupart des cas, la clientèle est satisfaite de la rapidité de la réponse du C.L.S.C. pour l'évaluation et pour les soins. Les délais touchent plutôt la prestation de services qui ne sont pas toujours sous la responsabilité directe du C.L.S.C. (allocation directe, S.I.M.A.D. centralisé, Fonds régional). C'est le cas dans quatre territoires. Les intervenants confirment en partie ces dires.

Les centres hospitaliers

Une vingtaine de personnes de sept centres hospitaliers estiment que le délai d'attente dans les salles d'urgence est raisonnable.

À noter que personne n'est satisfait des délais d'attente dans les hôpitaux de très grande taille où ce problème est signalé comme prioritaire par les intervenants.

d) L'information reçue

Ce thème touche la qualité, la quantité de l'information donnée à l'utilisateur ou à sa famille, tant sur sa situation que sur les ressources disponibles.

Être bien informé, voilà une préoccupation presque exclusive à la clientèle car, pour elle, il s'agit d'un aspect de grande importance. (tableau 7)

Dans les hôpitaux surtout, une douzaine de personnes éprouvent des difficultés à savoir ce qui se passe à leur sujet: nature et évolution de la maladie, utilité des interventions, durée de séjour, à qui s'adresser.

Les intervenants de cinq établissements font état de la complexité du système de soins et de services pour la clientèle. Quatre proches mentionnent les difficultés qu'ils ont rencontrées par rapport à une certaine bureaucratie.

Plusieurs personnes se montrent satisfaites de la qualité de l'information reçue (plus d'une trentaine de personnes). "L'infirmière nous tenait au courant. Elle a assuré le suivi. Elle a aidé tout le monde, même nous autres la famille."

TABEAU 7 : Fréquence exprimée du thème "Information reçue"

PROBLÈMES														
	Territoires	C.L.S.C.			Centres hospitaliers			R.R.S.S.S.		C.S.S.		CLIENTÈLE ⁵		
												C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
► Maladie, traitements, durée, cheminement	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	11	-
► Complexité du système, savoir à qui s'adresser	7	-	1	-	-	2	-	1	1	-	-	-	2	2
► Ressources de soutien	7	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	-

Problèmes prioritaires; ² Problèmes mentionnés; ³ Problèmes sélectionnés; ⁴ Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes; ⁵ 50 clientes et clients, aidantes aidants rencontrés seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

POINTS FORTS								
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10	Centres hospitaliers 10	R.R.S.S.S. 7	C.S.S. 3	CLIENTÈLE		
						C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
► Maladie, traitements, durée, cheminement	9	-	1	-	-	12	18	1
► Complexité du système, savoir à qui s'adresser	-	-	-	-	-	-	-	-
► Ressources et services disponibles	9	-	-	-	-	10	10	2

"Le médecin a même passé une heure avec nous pour tout nous expliquer. Je ne pense pas qu'il était payé pour ça."

Les situations rencontrées concernant l'information donnée à la clientèle sur les ressources de soutien à domicile disponibles sont fort variables. Tant dans les C.L.S.C. que dans les centres hospitaliers, une dizaine de personnes, en majorité des proches, déplorent le fait d'avoir été mal informées des ressources qui auraient pu leur être utiles: service de répit, services du C.L.S.C.

Parallèlement, une vingtaine de personnes, tant dans les hôpitaux que dans les C.L.S.C. disent leur satisfaction par rapport à la qualité des renseignements provenant de diverses sources (médecins, travailleurs sociaux, personnel infirmier) par exemple, sur les possibilités d'hébergement public ou privé, sur les services du C.L.S.C., sur les services de répit, sur le centre de jour, etc.

Constat

Les établissements sont relativement peu conscients de la grande importance que la clientèle attache au fait d'être bien informée, que ce soit sur sa maladie, la nature et l'utilité des interventions qui la concernent ou les ressources qui peuvent lui venir en aide. Les intervenants insistent surtout sur la difficulté pour la clientèle de se retrouver dans le système de soins et de services, sans vraiment la relier aux

gestes qu'eux-mêmes posent en regard de la transmission d'information pertinente pour la clientèle.

CHAPITRE VI

LE DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL

CHAPITRE VI

LE DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL

6.1 Les paramètres du diagnostic organisationnel

Le chapitre précédent nous a permis de nous familiariser avec l'ensemble des problématiques rencontrées par les établissements de santé sous étude.

La méthode de Checkland stipule que nous devons identifier des zones problématiques dans le processus.

Dans le présent chapitre, afin d'identifier les zones problématiques, nous utiliserons le plan d'analyse et d'encadrement suivant:

- 1) Selon l'orientation du sujet de la présente recherche qui est: La concertation entre les C.L.S.C. et les C.H.S.C.D. pour accroître leur complémentarité et améliorer les services à la clientèle âgée en perte d'autonomie.
- 2) En regard de la Loi et des obligations administratives et légales qui incombent aux établissements face:

a) Aux autres établissements de santé (C.H.S.C.D. ou C.L.S.C.)

- . que l'organisation des services dispensés à la clientèle soit en continuité, en complémentarité avec ceux distribués par les autres centres de la région et de plus que ces services tiennent compte des besoins de la population à desservir.
- . que les établissements dirigent les personnes, à qui ils ne peuvent dispenser certains services, vers celui qui donne ces services.

b) Aux droits des usagers

- . que les établissements respectent les droits des usagers: d'être informé, de recevoir des services adéquats avec continuité, de participer aux décisions les concernant.
- 3) Selon les caractéristiques retenues dans le plan d'analyse, relativement à la qualité du processus optimal, tel que défini par les experts et les chercheurs.

6.2 Localisation des zones problématiques

Nous rappelons que le plan d'analyse est fait selon cinq aspects relatifs à la qualité du processus optimal.

Afin de bien cibler les zones problématiques à corriger, il est important d'explorer d'autres composantes ou données de l'organisation qui pourraient nous fournir des indications ayant un lien direct avec les remarques identifiées par les questionnaires ou les entrevues.

6.2.1 La coordination et les communications entre les établissements

L'étude démontre plusieurs faiblesses à ce sujet à l'intérieur même des organisations. Par ailleurs, pour les besoins de la recherche, nous nous attarderons aux liens formels de communication et de coordination entre les établissements.

6.2.1.1 Les mécanismes de communication et de références:

Les C.L.S.C. ont démontré qu'ils ont peu de renseignements de transmis par les C.H.S.C.D., de plus, lors de congé de clients, aucun résumé de dossier ne leur est acheminé.

L'application des modalités de références en fonction dans la plupart des C.L.S.C. pose des problèmes aux C.H.S.C.D..

Les C.H.S.C.D. reprochent aux C.L.S.C. la difficulté d'obtenir des services d'eux les fins de semaine.

6.2.1.2 Les mécanismes d'évaluation et le suivi

La deuxième lacune concerne les mécanismes de réévaluation périodique des services et le suivi d'une clientèle commune.

Presque tous les établissements confirment le manque de mécanismes pour l'évaluation conjointe de cette clientèle et de leur faiblesse. Les intervenants ne considèrent pas cette situation comme problématique.

Le suivi à la clientèle à son retour au domicile, le personnel de l'U.C.D.G. considère positives les interventions effectuées dans six de leurs milieux.

Par ailleurs, le suivi est plutôt déficient dans l'ensemble des établissements et nous constatons que les intervenants considèrent cette situation non problématique.

6.2.1.3 La coordination régionale et sous-régionale

L'étude démontre que la concertation est souvent déficiente entre les différentes ressources; ce qui conduit à l'utilisation irrationnelle de ces ressources.

De plus, en terme de complémentarité des missions et des approches, chaque établissement fonctionne de manière isolée.

Par ailleurs, les mécanismes de transfert d'information et de références entre les établissements posent certains problèmes eux aussi.

En effet, une minorité d'établissements déplore l'absence de ces mécanismes. La majorité favorisent un formulaire avec la participation de plusieurs partenaires du réseau. Une expérience rapportée par un C.R.S.S.S. souligne qu'il n'est pas évident que cette procédure puisse permettre de recueillir une information plus pertinente, plus complète; ni qu'elle évite la duplication de données, ni qu'elle influence de façon significative la prise de décision.

6.2.1.4 Les lacunes de l'établissement face à ses obligations légales

L'étude questionne l'obligation qu'a l'établissement en vertu de la Loi:

- . de veiller à ce que les services dispensés soient en continuité et en complémentarité avec ceux offerts par d'autres établissements;
- . de faire parvenir à un autre établissement une copie, un extrait ou un résumé du dossier de l'utilisateur, dans les plus brefs délais;

- . de travailler avec le C.R.S.S.S. de son territoire, en collaborant, en se concertant avec les autres établissements; afin d'assurer une utilisation rationnelle, équitable des ressources, de façon à éliminer les dédoublements et permettre entre eux la mise en place de services communs.

6.2.2 La philosophie d'orientation vers le domicile

L'étude démontre que la prise en compte des attentes et des besoins des personnes significatives n'est pas prioritaire; elle se traduit par un manque de préoccupation des C.H.S.C.D. et des C.L.S.C. à l'égard du support aux familles. L'on souligne l'absence de planification du retour à domicile, on note particulièrement le manque de soutien accordé aux familles en charge d'une personne confuse.

Ceci est corroboré à l'item "La réponse aux besoins des personnes le plus possible à domicile ou dans un milieu s'en rapprochant." L'étude confirme un manque ou absence de préoccupation quant au retour à domicile qui se traduit par une mauvaise planification des congés surtout par les départements autres que gériatriques. L'étude questionne même cette dernière affirmation; car il appert que pour certaines directions l'efficience; en terme de gestion de lit, prime sur le souci de préparer le retour à domicile de la personne âgée.

L'étude démontre que certains intervenants (incluant des médecins) des C.H.S.C.D. accordent peu de fiabilité à leurs partenaires des C.L.S.C.; ils ne croient pas aux services à domicile.

6.2.3 Le type d'approche

Selon des C.R.S.S.S., l'approche globale ou gériatrique telle que définie est loin de prévaloir dans tous les milieux; cette lacune serait reliée au manque de formation et de sensibilisation du personnel à ce type d'approche. Les choix stratégiques que font les établissements pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie sont également à considérer et posent des problèmes dans seize (16) établissements.

Le thème "Préoccupation de maintenir le plus d'autonomie possible chez la personne âgée", nous permet l'identification des déficiences dans le processus, en ce sens que, la priorité des approches de services à rendre est perçue différemment dans les deux types d'établissements.

En effet, les C.L.S.C. accordent la priorité à la clientèle en grande perte d'autonomie, alors que les C.H.S.C.D. souhaiteraient qu'on soit plus attentif aux besoins à court terme.

Quant aux C.H.S.C.D., leur approche favorise la prise en charge de la personne par l'équipe d'intervenants au lieu d'accompagner la personne dans sa démarche de recherche de solutions.

Les étapes du processus de prestation de services en regard de l'approche globale ou gériatrique:

- L'accueil et le dépistage:

L'étude démontre que l'accueil et le dépistage sont déficients dans six milieux hospitaliers surtout aux départements non gériatriques, on dit que la situation est meilleure à l'urgence; un C.R.S.S.S. se questionne sur la qualité du dépistage des C.H.S.C.D.. Par ailleurs, la situation serait adéquate dans l'ensemble des C.L.S.C..

- L'évaluation globale:

L'étude démontre que chacun des intervenants, dans son secteur d'activités, évalue les besoins de la clientèle en vertu des ressources dont dispose son établissement et non en vertu d'un réseau de services. Par contre, de façon générale la clientèle se dit satisfaite.

- L'intervention en centre hospitalier:

L'étude démontre pour les intervenants, deux problèmes prioritaires qui sont: l'approche axée sur la pathologie et la situation déplorable des personnes en attente d'hébergement.

L'étude démontre pour la clientèle et ce, qu'elle soit en C.H.S.C.D. ou en C.L.S.C.; un troisième problème prioritaire soit : le manque de services avec une approche adéquate pour les personnes atteintes de problèmes cognitifs.

- L'intervention auprès des personnes atteintes de problèmes cognitifs en C.L.S.C. et en C.H.S.C.D.:

L'étude démontre que la clientèle et/ou les familles abordent cette question comme étant un manque de services; le personnel de C.H.S.C.D. quant à lui parle de limites dans leurs approches et celui de C.L.S.C. parle de manque de ressources de tout ordre autant dans la communauté qu'en institution.

Des indices révèlent cependant certaines difficultés: par exemple, un manque de soutien aux familles en particulier à celles qui ont charge d'une personne confuse.

Il est à noter que 25% des personnes échantillonnées pour l'étude présentaient des problèmes cognitifs importants.

- La prise de décision:

L'étude démontre l'existence de plusieurs lacunes à cette étape du processus. En effet, il y a absence de planification, d'application systématique, coordonnée des décisions et de recherche commune de solutions par la plupart des établissements.

De plus, il ressort que la planification des congés est faite à la dernière minute par la majorité des C.H.S.C.D.; ce qui occasionne des problèmes aux C.L.S.C..

Le schéma 4, Cheminement de la personne âgée dans le processus de prestation de services dans le C.H.S.C.D. et le C.L.S.C. indique les démarches entreprises par l'utilisateur lors de la formulation du problème ou demande de services. Également, on retrouve dans les processus (C.H.S.C.D. et C.L.S.C.) l'identification de zones problématiques.

Facteurs ayant une influence sur la prise de décisions

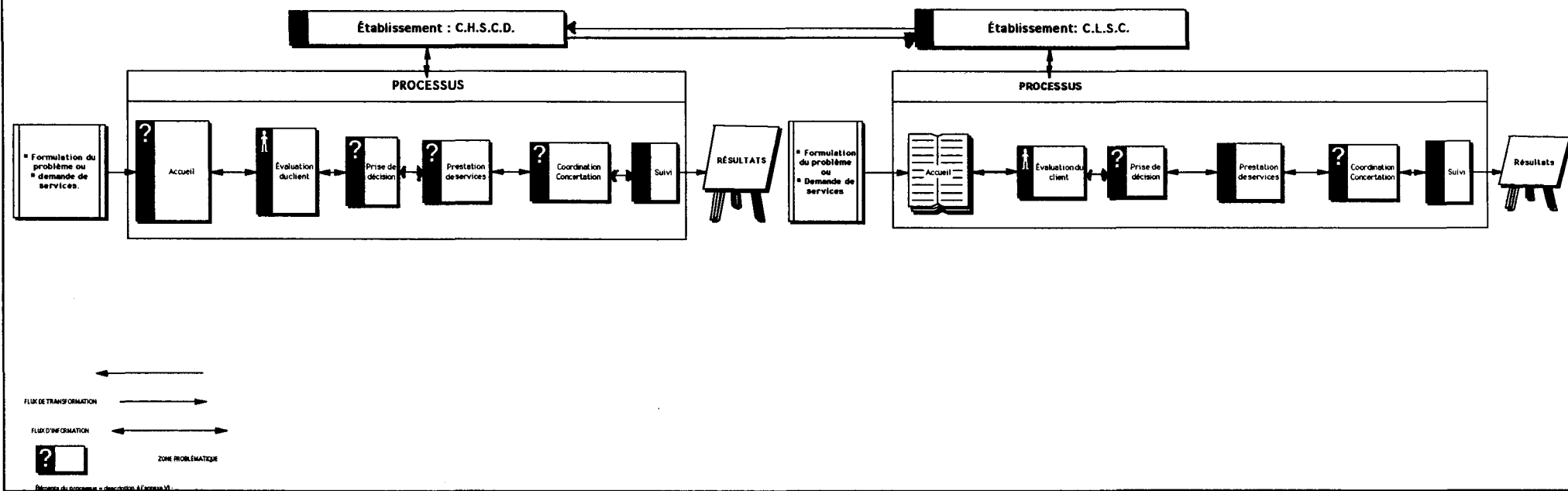
L'étude met en évidence plusieurs éléments susceptibles d'influencer les intervenants pendant les différentes phases du processus décisionnel.

- . La présence ou l'absence en milieu hospitalier d'une approche globale ou gériatrique, l'intervention médicale étant axée sur la pathologie la plupart du temps.

REPRÉSENTATION DU PROCESSUS DE PRESTATION DES SERVICES DANS LE C.H.S.C.D. ET LE C.L.S.C.

La clientèle: la personne âgée en perte d'autonomie.

SCHÉMA 4



- . L'absence de planification des congés.
- . L'absence ou déficience dans le mécanisme de référence et de suivi à un autre établissement.
- . L'absence d'un plan de services pour la clientèle commune.
- . La qualité des informations transmises à la clientèle et ses proches.
- . Une méconnaissance des ressources des établissements entre eux.
- . Le manque ou l'absence de préoccupation quant au retour à domicile de la clientèle.
- . L'absence ou le peu de préoccupation des décideurs à considérer l'opinion des usagers au moment de la prise de décision.

6.2.4 Le plan de services individualisé et le suivi

Le plan de services

Cet outil de complémentarité et de concertation est rarement utilisé par les établissements.

Le suivi: cet item a été traité au point 5.6.3.3.

L'étude questionne l'obligation qu'ont les établissements envers un usager qui doit recevoir, pour une période prolongée des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle de d'autres intervenants. L'établissement qui dispense la majeure partie

des services en cause, ou celui des intervenants désigné après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé.

Les lacunes de l'établissement face à ses obligations légales

L'étude questionne l'obligation qu'a l'établissement en vertu de la Loi de:

- . permettre à l'utilisateur de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être;
- . permettre à l'utilisateur de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé. Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.

6.2.5 La participation active de la personne et de ses proches

Bien que les intervenants considèrent qu'une bonne approche implique la participation de la clientèle aux décisions, dans les faits du point de vue de la clientèle, il en va autrement. En effet, la plupart des gens disent qu'ils sont incompris, qu'on ne les implique pas dans les décisions les concernant; qu'on ne tient pas compte de leur opinion, qu'on ne les écoute pas.

Un autre élément que nous considérons important dans la participation de la personne à son plan de soins et de services est l'information transmise à la clientèle. L'étude démontre que les intervenants ne sont pas conscients de la grande importance que la clientèle attache au fait d'être bien informé que ce soit sur sa maladie, la nature, l'utilité des interventions, les ressources disponibles etc.

La qualité de l'information transmise est variable selon les usagers, certains sont satisfaits, d'autres en proportion égale ne le sont pas.

Les lacunes de l'établissement face à ses obligations légales

L'étude questionne l'obligation qu'a l'établissement en vertu de la Loi:

- . d'informer toute personne de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources.
- . d'accompagner et d'assister une personne qui désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé dans le même établissement ou dans un autre établissement.

6.3 Lien entre les résultats des questionnaires, des entrevues et des autres indicateurs

Afin de parvenir au diagnostic de l'organisation décrite précédemment, nous avons examiné différents aspects des établissements concernés, tant au plan de son fonctionnement à l'interne qu'à celui de son environnement externe. Entre autres, au plan de l'analyse de la qualité du processus de prestation des services, nous avons scruté les établissements avec deux méthodologies particulières qui sont les questionnaires et les entrevues semi-structurées. De plus, nous avons cru bon de sonder d'autres aspects, des problèmes relatifs aux diverses fonctions du processus de prestation des services, entre autre la concertation et la coordination entre les C.H.S.C.D. et les C.L.S.C. telles que perçues par les C.R.S.S.S. (les indicateurs). De surcroît, nous avons vérifié la satisfaction de la clientèle (variable causale) face aux différentes étapes du processus (autres indicateurs).

Pourtant, il existe un lien constant entre ces trois principaux groupes d'indicateurs qui sont: les résultats des questionnaires, des entrevues et des autres indicateurs. En effet, la méthodologie de cueillette de données nous a simplement permis de prendre la photographie du système, de le voir sous trois angles différents. Enfin, le lien à faire entre les différents résultats de cette recherche est surtout d'ordre structurel.

Pour bien comprendre le sens de ce lien, voyons d'abord ce que la structure comprend.

6.3.1 La structure: sa définition, ses composantes

Bien que le concept "Structure" soit doté de plusieurs significations, il est souvent identifié par l'organigramme d'une organisation.

La définition:

Aujourd'hui, dans la conception moderne du management, la structure est comprise dans un sens plus global; elle constitue un ensemble de moyens liés entre eux pour coordonner les travaux.

Selon Mintzberg (1982)⁴⁵, une organisation peut être définie comme la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches.

Les composantes de la structure pour Mintzberg⁴⁶, les moyens utilisés pour diviser et coordonner le travail peuvent se résumer en quatre volets:

⁴⁵ Mintzberg, Henry. Structure et dynamique des organisations, Les éditions d'organisation, 1982, p. 18.

⁴⁶ Ibid., p. 87 à 202.

- a) La conception des postes de travail, c'est-à-dire la spécialisation du travail, la formalisation du comportement, la formation et la socialisation.
- b) La conception de la superstructure, c'est-à-dire: le regroupement en unités et la taille des unités.
- c) La conception des liens latéraux, c'est-à-dire les systèmes de planification, de contrôle et les mécanismes de liaison.
- d) La conception du système de prise de décision, c'est-à-dire la centralisation et la décentralisation.

Toujours dans le même ordre d'idée et afin d'être plus explicite, il est nécessaire de présenter dans les prochaines pages une brève description de chacun de ces volets.

a) La conception des postes de travail

La spécialisation du travail

Le but de la spécialisation du travail est d'accroître la productivité. Il existe deux sortes de spécialisation, soit la spécialisation horizontale et la spécialisation verticale. La première est atteinte lorsque le travail est divisé en plusieurs étapes successives et répétitives ce qui permet d'augmenter l'efficacité du personnel parce qu'il se spécialise

dans une tâche. La spécialisation verticale, pour sa part, est réussie lorsque la réalisation du travail est séparée de son administration.

Mintzberg⁴⁷ nous met en garde contre la spécialisation:

Dans la conception des postes de travail, la spécialisation n'est pas une panacée, loin s'en faut; au contraire, la spécialisation du travail est la source de nombreux problèmes, notamment de communication et de coordination.

Pour remédier à ces problèmes, l'auteur suggère l'élargissement du travail: l'employé a accès à des tâches d'exécution diverses, liées à la production de biens ou de services.

La formalisation du comportement

Pour l'auteur, la formalisation du comportement est le paramètre de conception par lequel les processus de travail de l'organisation sont standardisés.⁴⁸

L'auteur précise qu'on peut formaliser à partir des postes de travail, du flux de travail, ou par règlement. Quel que soit le moyen utilisé, l'effet sur la personne est le même: son comportement est régulé, et les organisateurs se servent de la

⁴⁷ Mintzberg, Henry. Structure et dynamique des organisations, Les éditions d'organisation, 1982, p. 90.

⁴⁸ Ibid., p. 97.

formalisation pour prédire et contrôler le travail tout en réduisant la variabilité. Néanmoins, elle aide à la coordination des activités, elle produit une stabilité, nous assure une production efficace et elle sert à garantir l'équité aux usagers parce que tous peuvent être desservis de façon semblable.

La formation et la socialisation

On appellera formation les processus par lesquels sont enseignées les connaissances et les aptitudes liées au travail et la socialisation le processus par lequel sont acquises les normes de l'organisation.⁴⁹

À noter qu'il s'agit d'une forme de standardisation, car l'organisation spécifie les aptitudes et les connaissances liées à un poste.

Quant à la socialisation, elle comprend l'apprentissage du système de valeurs, des normes et des comportements de l'entreprise.

Certains auteurs préfèrent le terme "culture" plutôt que celui de "socialisation".

⁴⁹ Mintzberg, Henry. Structure et dynamique des organisations, Les éditions d'organisation, 1981, p. 109.

b) La conception de la superstructure

Le regroupement en unités

Le regroupement en unités doit être perçu comme un mécanisme de coordination fondamental et Mintzberg nous explique pourquoi:

1. L'effet peut-être le plus important qu'a le regroupement est de créer une supervision commune entre les postes ou les unités, avec la nomination d'une seule personne responsable de toutes les actions. Par ailleurs, c'est en reliant entre eux tous ces responsables d'unités en une superstructure que l'on crée le système d'autorité formelle. Donc, le regroupement est le paramètre de conception par lequel la supervision directe est incorporée à la structure comme mécanisme de coordination.
2. Le regroupement amène généralement les postes ou les unités à se partager un certain nombre de ressources: budget, espace et équipement.
3. Le regroupement est généralement associé à une mesure unique de performance pour l'unité, au niveau de laquelle les coûts et les contributions peuvent être mesurés; le fait qu'une seule mesure soit effectuée pour l'ensemble, encourage les divers éléments de l'unité à coordonner leurs activités.

4. Enfin, le regroupement favorise l'ajustement mutuel. Les membres d'une même unité sont souvent à proximité les uns des autres, ce qui encourage les communications informelles et donc l'ajustement mutuel.

Il existe six bases de regroupement pour les postes de travail (Mintzberg).

1. Le regroupement par spécialité
2. Le regroupement par processus de travail et par fonction
3. Le regroupement en fonction du moment
4. Le regroupement par produit
5. Le regroupement par clientèle
6. Le regroupement sur une base géographique ou par localisation

Les critères de regroupement

Il existe quatre critères que les organisations utilisent pour regrouper les positions et les unités: l'interdépendance des flux de travail, l'interdépendance des processus de travail, les critères d'économie d'échelle et celui des relations sociales.

c) La conception des liens latéraux

Le système de planification et de contrôle

À ce niveau, selon Mintzberg⁵⁰ il faut aller au-delà des organigrammes qui délimitent les postes et les regroupent en unité; il faut tenir compte des liens latéraux tels la planification et le contrôle.

L'objectif d'un plan est de spécifier un standard, une norme que l'on désire obtenir à un moment donné situé dans le futur; et l'objectif du contrôle est de déterminer si le standard a été atteint ou non. Ainsi, la planification et le contrôle sont-ils inséparables: il ne peut pas y avoir de contrôle sans planification préalable et les plans perdent leur efficacité s'il n'y a pas de suivi. Pris ensemble, les plans et les contrôles régulent les produits et indirectement, régulent aussi les comportements.

Ainsi, dans une organisation, si la planification concerne la prévision des faits, le contrôle est plutôt centré sur la conséquence de l'action.

Les mécanismes de liaison

Ce sont surtout les interdépendances nécessaires et substantielles qui existent entre les fonctions, une fois que les postes ont été créés, que la superstructure a été élaborée et que les systèmes de planification et de contrôle ont été mis en place.

⁵⁰ Mintzberg, Henry. Structure et dynamique des organisations, Les éditions d'organisation, p. 147.

Ce sont en fait des mécanismes développés pour encourager les contacts entre les individus et qui sont incorporés à la structure formelle. Il peut donc s'agir de postes de liaison ou de comités permanents.

d) La conception du système de prise de décision

La centralisation et la décentralisation

Pour Mintzberg⁵¹, la centralisation et la décentralisation sont des termes parmi les plus confus de la théorie des organisations, parce qu'ils ont été utilisés de façon tellement différente, qu'ils en ont pratiquement perdu leur sens.

Nous dirons que la structure est centralisée quand tous les pouvoirs de décision se situent à un seul point dans l'organisation, à la limite dans les mains d'un seul individu; nous dirons que la structure est décentralisée lorsque le pouvoir est dispersé entre de nombreuses personnes.⁵²

Pour l'auteur, la centralisation est le mécanisme le plus puissant pour coordonner le travail. Par ailleurs, il nous livre aussi trois raisons qui militent en faveur de la décentralisation:

⁵¹ Ibid., p. 173.

⁵² Ibid., p. 155.

- Parce qu'un seul centre, un seul cerveau ne peut comprendre toutes les décisions.
- Afin de permettre à l'organisation de répondre rapidement aux conditions locales.
- Parce que c'est un moyen de motivation, une telle motivation est cruciale dans le domaine professionnel.

6.3.2 Le tronc commun: la structure

Dans les pages précédentes, nous avons vu la définition sommaire des paramètres de conception que les organisations utilisent pour diviser et coordonner leur travail de façon à créer des comportements stables.

Tenant compte de ces définitions, ainsi que des résultats obtenus par nos trois méthodes de cueillette de données, on peut affirmer que les problématiques identifiées sont d'ordre structurel et c'est ce que nous voulons démontrer dans les lignes suivantes.

- a) En relation avec les résultats des questionnaires et les liens formels de communication, de coordination entre les C.H.S.C.D. et les C.L.S.C..

La recherche effectuée confirme:

- que les processus de communication (protocoles etc), la prise de décision centralisée à chaque établissement; les processus d'influence et d'interventions touchent particulièrement le système de prise de décision.
- que la mise en place de programmes de formation pour le personnel se rapporte à la conception des postes, aux connaissances requises pour les occuper selon une approche gériatrique ainsi qu'à la connaissance des autres ressources du milieu; ces éléments touchent principalement la formation et la socialisation.
- que les processus de contrôle et l'atteinte des performances touchent principalement les systèmes de planification, de contrôle et les mécanismes de liaison.

b) En relation avec les entrevues semi-structurées:

La recherche effectuée atteste:

- que le système d'admission au processus de prestation des services et le suivi de l'utilisateur se rapportent entre autre, au paramètre d'optimisation de ce processus ainsi qu'au paramètre de conception sur la formalisation du comportement de l'intervenant (implication dans le processus).

- que le système de planification, de contrôle et les mécanismes de liaison font partie intégrante du paramètre d'optimalisation de ce processus en terme d'identification des forces et des faiblesses du système.
- c) En relation avec les données recueillies par la recherche d'indicateurs:

L'étude confirme:

- que le faible suivi, auprès des familles, se rapporte au paramètre de conception sur la spécialisation du travail, la formalisation du comportement, la formation.
- que la satisfaction du type et de la quantité de services reçus par la clientèle et les proches démontrent à part égale des satisfactions et insatisfactions à ce sujet; on impute ces dernières surtout à la rareté des budgets.
- que le manque de liens fonctionnels entre les C.H.S.C.D. et les C.L.S.C. identifiés par les conseils régionaux se rapporte aux paramètres de la superstructure du réseau en terme de mécanismes de coordination des services de santé et des services sociaux.

C'est donc le lien à faire entre les résultats principaux des trois méthodologies utilisées.

CHAPITRE VII

LIEUX D'AMÉLIORATION POTENTIEL

CHAPITRE VII

LIEUX D'AMÉLIORATION POTENTIEL

En concordance avec la méthodologie de Checkland (1981) adaptée par Prévost (1983), nous passons en revue la liste des problématiques ou des points à améliorer soulevés par le diagnostic. Nous établissons une relation de client-fournisseur entre les établissements concernés, quant aux opportunités ou situations à développer.

Considérant les nombreux résultats obtenus par les recherches (questionnaires, entrevues contenus dans la banque de données, autres) et compte tenu que plusieurs résultats étaient liés, il est important à ce stade de la recherche de synthétiser cet ensemble de données.

Prenant en considération ce qui précède, nous catégorisons donc les problématiques en quatre volets:

- 1) Les problèmes reliés au suivi du client: actions entreprises au moment de la sortie du client d'un établissement ou pour l'attente d'hébergement; personne

responsable, existence d'outils, ou encadrement du C.L.S.C. etc. (réf. à l'item 5.6.3.3.c.)

2) Les problèmes reliés aux attitudes de gestion et touchant quatre aspects:

- la concertation-collaboration avec les ressources extérieures (soit le C.L.S.C. ou tantôt le C.H.S.C.D. selon qu'ils se positionnent en terme de client ou fournisseur dans le système client). Liens et références entre eux, qualité et efficacité des mécanismes de liaison, fiabilité des collaborations (réf. à l'item 5.6.3.4).
- le processus décisionnel: la manière dont les décisions se prennent, soit pour l'allocation des services ou l'orientation, les outils utilisés (concertation, plans d'intervention, plans de services) les stratégies implicites utilisées (réf. à l'item 5.6.3.2).
- la considération ou l'implication du client et de sa famille: la participation active du client ou de ses proches aux décisions concernant l'évaluation, les objectifs poursuivis, le choix des services, le congé, l'orientation; les exigences qu'on a envers le client et ses proches (réf. à l'item 5.6.2 éléments sur lesquels les établissements peuvent agir et à l'item 5.6.3.2).

- les aptitudes et les attitudes du personnel par rapport à son travail: la formation, la compétence, l'autonomie, la motivation, le risque d'épuisement, la surcharge, etc. (réf. à l'item 5.6.2 les éléments sur lesquels les établissements peuvent agir).
- 3) Les problèmes reliés à la philosophie d'orientation:
- quelle philosophie les établissements doivent-ils adopter face aux orientations des usagers vers le domicile avec le client lui-même et ses proches? Ce point fait référence à la section 5.6.3.3 du présent document où nous avons trouvé que peu d'intervention ont lieu au niveau du client et de sa famille dans une perspective de préparer son retour à domicile. Ce point est important dans le sens qu'il conditionne ou formalise des attitudes que devront peut-être avoir les intervenants face au client et à son environnement immédiat.
- 4) Les problèmes reliés au type d'approche professionnelle:
- l'approche globale ou gériatrique ne devrait-elle pas être présente dans tous les milieux ayant à dispenser des services à une clientèle âgée en perte d'autonomie? Ce point fait référence à la section 5.6.3.3 du document où nous avons découvert que peu d'interventions sont exécutées selon ce type d'approche. Ce point est important considérant qu'il conditionne ou formalise les

comportements que devront peut-être avoir les intervenants face à cette clientèle.

- de plus, la prestation est d'abord une question de choix de services offerts, par rapport aux quantités disponibles, à la philosophie et aux approches d'intervention de l'établissement; ce point fait référence à la section 5.6.3 du document où nous avons découvert des lacunes importantes à ce sujet. Ce point est important lui aussi car il conditionne les attitudes du personnel vis-à-vis cette clientèle.

7.1 Validation des lieux potentiels d'amélioration

Le but de cet exercice était de valider les catégories identifiées au point 7 et d'en prioriser une pour fin de conceptualisation et ce, en utilisant les résultats d'entrevues individuelles et de groupe contenus dans la banque de données des chercheurs du M.S.S.S. (référence aux annexes VI-VII-VIII-X).

7.2 Validation sur les problèmes priorités

La consultation de la banque de données, nous a permis de nous approprier l'ordre de priorité établie par l'équipe concernant les problèmes énumérés et de les valider à nouveau à partir des commentaires (points forts) des intervenants, des gestionnaires, des représentants des Conseils régionaux, des

clients et/ou personnes significatives; nous l'avons fait grâce aux dossiers informatiques assemblés selon les indications du tableau 8.

Il est à noter qu'au début de la première rencontre de groupe des intervenants qui eut lieu dans les C.L.S.C. et les C.H.S.C.D. (dans le cadre de l'étude évaluative du M.S.S.S. réf. à l'annexe VIII), les participants avaient reçu une liste de problèmes établie à partir des entrevues individuelles et également une autre liste concernant des problèmes identifiés à partir des fiches et questionnaires qui n'avaient pas été soulevés par les participants; il y eu validation avec eux. Par la suite, priorisation par vote des problèmes. Ces rencontres se voulaient un lieu d'échange pour établir la base des premiers changements.

Une deuxième entrevue de groupe eut lieu avec les mêmes participants dans le but de poursuivre l'identification des points forts, des moyens déjà mis en oeuvre pour améliorer le processus et de pointer des moyens concrets à mettre en place pour solutionner les problèmes déjà identifiés (réf. à l'annexe VIII).

TABLEAU 8

LES INDICATIONS CONTENUES DANS LA BANQUE DE DONNÉES

Champ 1 Plan d'analyse	Champ 2 Liste des catégories	Champ 3 Personne ou établissement ayant fait l'intervention	Champ 4 De quelle personne ou établissement il s'agissait	Champ 5 Région concernée
I - Problème (P)	A) <u>Le processus</u>	(Qui l'a dit)	(De qui)	
Par les gestion- naires	1. Accueil	- C.R.S.S.S.	- C.R.S.S.S.	- 01 Bas Saint-
	2. Évaluation	- C.S.S.	- C.S.S.	Laurent
- Problème sélec- tionné (PS)	3. Processus décisionnel	- C.H.S.C.D.	- C.H.S.C.D.	- 03 Québec
- Pro. commun (PC)	4. Processus décisionnel régional	- C.L.S.C.	- C.L.S.C.	- 04 Mauricie
- Pro. prioritaire (PP)	5. Prestation: choix de ser- vices offerts par l'éta- blissement	- Client (cl)	- Ressource privée (RP)	- Bois- Francs
Par les groupes d'intervenants	6. Prestation: adéquation des services offerts par rap- port aux besoins exprimés	- personne si- gnificative (PS)	- C.H.S.L.D.	- 05 Estrie
	7. Prestation: quantité et variété de services offerts	- conjointe- ment (conj)	- Famille d'accueil (F.A.)	- 06 Montréal
- Problème priori- taire 1 (PP1)	8. Prestation: qualité des services offerts		- Centre jour (C.J.)	- 06B Montréal
- Pro. prioritaire 2 (PP2)	9. Prestation: qualité des services: délais		- Hôpital de jour (H.J.)	- 06C Montréal
- Pro. prioritaire 3 (PP3)	10. Prestation: qualité des services: informations		- Unité moyen sé- jour réadapta- tion	- 07 Outaouais
- Pro. prioritaire 4 (PP4)	11. Prestation: qualité des contacts des intervenants avec la clientèle		- U.M.S.R.	- 09 Côte-Nord
- Pro. prioritaire 5 (PP5)	12. Concertation - collabora- tion avec les ressources extérieures		- médecin (MD)	
II - Points forts (M)	13. Collaboration - communi- cation à l'interne		- M.S.S.S.	
III - Solutions (S)	14. Considération ou impli- cation du client et de sa famille		- Population (Pop.)	
	15. Suivi		- Tous (Z)	

B) Les facteurs

16. Ressources publiques et communautaires
17. Ressources humaines
18. Aptitudes et attitudes du personnel par rapport à son travail
19. Environnement physique et matériel
20. Environnement social
21. Pratiques professionnelles
22. Attitudes des intervenants avec la clientèle
23. Connaissance des intervenants des services offerts
24. Contexte organisationnel
25. Fonctionnement et structure organisationnel
26. Climat de travail
27. Gestion et leadership
28. Critères et équité dans l'accès aux programmes
29. Politiques et fonctionnement organisationnel régional ou sous-régional
30. Politiques - orientations ministérielles
31. Attitudes ou mentalité des personnes et des familles
32. Connaissance de la population des services offerts

C) Thèmes

33. Aides techniques, fournitures, équipements
34. Transport
35. Clientèle ayant des problèmes cognitifs ou de comportements
36. Ressources privées

D'autres rencontres eurent lieu avec les gestionnaires des établissements et les représentants des conseils régionaux afin de confirmer ou infirmer les informations déjà recueillies; et enfin pour obtenir l'avis de ces personnes sur la faisabilité des solutions proposées par l'équipe et identifier d'autres solutions possibles (réf. à l'annexe VII).

Enfin, une dernière rencontre conjointe avec des représentants des C.L.S.C., des C.H.S.C.D., des C.R.S.S.S. et des C.S.S. a pour principal objet de valider aux niveaux sous-régional et régional des moyens concrets et conjoints pour améliorer l'efficacité des mesures régionales déjà en place et identifier d'autres moyens pouvant augmenter la cohérence, l'efficacité et la coordination des interventions (réf. à l'annexe IX).

À la lecture de ces dossiers, concernant principalement le sujet de notre recherche, il ressort un constat uniforme suite aux consultations des acteurs, des représentants des C.R.S.S.S. et des chercheurs du M.S.S.S. à l'item concertation-collaboration à l'effet, qu'il faut privilégier surtout les trois zones problématiques suivantes: les attitudes de gestion, la philosophie d'orientation, le type d'approche professionnelle et principalement celles touchant:

- la concertation-collaboration entre C.H.S.C.D. et C.L.S.C.
- le processus décisionnel

- la considération ou l'implication du client et de sa famille
- les aptitudes et attitudes du personnel par rapport à son travail

Nous croyons, à la lumière des informations recueillies qu'en travaillant avec ces trois types de données problématiques, nous serons en mesure d'améliorer grandement les symptômes identifiés par les questionnaires et les entrevues.

C'est autour de ces trois catégories:

- 1) les attitudes de gestions
- 2) la philosophie d'orientation
- 3) le type d'approche professionnelle

que devra se conceptualiser le futur modèle organisationnel.

CHAPITRE VIII

L'ANCRAGE

CHAPITRE VIII

L'ANCRAGE

8.1 Introduction au point d'ancrage

Cette étape consiste à déterminer le but poursuivi, la méthodologie utilisée, les parties de l'organisation engagées dans les changements proposés et les paramètres essentiels du futur système.

La phase d'ancrage détermine la perspective sous laquelle la problématique sera étudiée et fixe les paramètres essentiels du ou des systèmes d'activités humaines qui serviront de référence pour étudier la situation problématique particulière qui a été sélectionnée.

Le chapitre VI nous a révélé un lien direct entre les résultats des trois méthodologies utilisées et la structure. Par la suite, le chapitre VII nous a présenté trois catégories de situations à améliorer et qui furent validés par les intervenants.

De ces rencontres, trois éléments furent principalement retenus dont ceux se rapportant aux attitudes de gestion, à l'approche professionnelle et en troisième lieu à la philosophie d'orientation des établissements.

Nous avons fait le lien avec la structure et les paramètres de conception structurels de Mintzberg (1982).

Tenant compte de ce qui précède, il est évident que l'orientation du futur système devra tenir compte des éléments composant habituellement une structure et principalement des paramètres de conception élaborés par Mintzberg (1982): la formalisation des comportements, la formation et la socialisation, la planification et le contrôle, le regroupement, les mécanismes de liaison, la décentralisation. Concrètement, on peut micrograder quelques-uns de ces paramètres, tout en les appliquant aux C.H.S.C.D et aux C.L.S.C..

- Formalisation des comportements (description des moyens, des règles et procédures qui doivent être utilisés lors des décisions et des actions).
- Formation (instructions nécessaires pour le poste, connaissance nécessaire pour intervenir).

- Socialisation (le système de valeurs, les normes de l'organisation, les comportements et le type d'approche en vigueur dans l'établissement).
- Regroupement par clientèle (l'organisation peut opérer un regroupement par type de client, par interdépendances liées au processus de travail).
- Tailles des unités (forme de la superstructure, mécanismes de coordination, domaine des responsabilités).
- Systèmes de planification (planification des buts à atteindre, définition des décisions à prendre, des actions à mener et dans chaque cas le moment de la décision ou de l'action).
- Systèmes de contrôle (contrôle des performances).
- Mécanismes de liaison (poste, comité permanent, groupe de projet, personnel d'encadrement, conseiller, superviseur).
- Décentralisation (Délégation de pouvoir, choix d'utiliser les moyens cliniques, styles d'intervention, durée des interventions).

C'est à partir des problématiques retenues et reliées aux éléments structurels que sera élaboré le futur système de communication liant un C.H.S.C.D. et un C.L.S.C. dans certaines

de leurs activités du processus de prestation des services à leur clientèle âgée en perte d'autonomie.

8.2 Définition du système

Le système de communication reliant le C.H.S.C.D. et le C.L.S.C. se compose d'un ensemble d'activités organisées et structurées par les deux directions d'établissement afin de permettre aux intervenants de travailler ensemble de façon concertée et complémentaire, au niveau de leur clientèle commune soit la personne âgée en perte d'autonomie; de prendre ensemble les décisions sur l'orientation du client vers la ressource la plus appropriée à ses besoins, de prévoir des modalités de références lors d'un transfert, de planifier le congé du C.H.S.C.D. à l'aide d'un plan et ce, dans un processus de continuité de services; de doter les usagers et leur famille de moyens pratiques, concrets, significatifs pour améliorer la qualité des services et ainsi favoriser le maintien et/ou le recouvrement de leur autonomie; de concert avec le client, sa famille la Régie régionale et les autres établissements du réseau, en collaboration avec les autres organismes de la région.

8.3 Validation du système (selon Checkland)

Dans sa méthodologie du diagnostic-intervention, Prévost (1983) précise que Checkland (1976) propose six critères pour

vérifier si la définition du système d'activités humaines est bien construite. C'est le P.E.C.T.A.P.. Ces critères sont:

Propriétaire du système: La R.R.S.S.S.

Environnement: Les autres sous-systèmes de l'organisation et l'environnement, plus particulièrement le M.S.S.S..

Clients: La direction générale, les cadres et les employés des établissements regroupés.

Transformation: Développer des modalités de fonctionnements entre les établissements par la conception d'un système de communication.

Acteurs: Les administrateurs, les dirigeants, les employés et les représentants de la Régie régionale.

Point de vue:

Dans la présente démarche, la situation est assez particulière. Depuis plusieurs années les C.H.S.C.D. et les C.L.S.C. offrent de façon cloisonnée, des services à la personne âgée en perte d'autonomie.

Actuellement, les grands virages entrepris par le Ministère et les Régies régionales ont une influence certaine sur les établissements.

En effet: motivés par le désir de faire plus pour répondre aux besoins de la clientèle âgée en perte d'autonomie; conscients de l'impact du vieillissement de la population sur la demande additionnelle de services de santé et de services sociaux; incités par les Régies régionales à améliorer leur performance malgré des budgets de plus en plus restreints; soucieux de s'impliquer dans la transformation du réseau suivant les grands énoncés de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et ses règlements.

Les organisations connaissent actuellement une période intensive de remises en questions concernant: leur structure, leur façon de faire; les services dispensés, etc. La démarche entreprise dans le cadre du projet de recherche semble bien à propos.

Objectif général
de la démarche:

Doter les organisations d'un système de communication entre les établissements qui soit intégré, structuré et fonctionnel.

Objectifs
spécifiques:

- 1) Administrer les établissements sous leurs responsabilités en conformité avec leur mission respective, dans le

respect de l'autonomie de chacun ainsi que de la Loi et des règlements sur la santé et les services sociaux.

- 2) Améliorer et/ou adapter leurs services aux besoins de la clientèle en conformité avec les réalités de la région.
- 3) Élaborer et/ou consolider des mécanismes conjoints de complémentarité et/ou de coordination des services.

Nous nous arrêterons particulièrement à l'aspect des collaborations et des communications entre les établissements. C'est principalement dans une perspective de système client, que nous explorerons des éléments de solutions réalisables ayant trait aux deux aspects du processus de prestation des services qui ont fait l'objet de consensus par les intervenants des C.H.S.C.D. et des C.L.S.C..

Ces deux éléments du processus sont:

1. la prise de décision
2. la coordination-concertation.

À partir de cette étape-ci, nous n'aurons plus la possibilité d'aller vérifier dans la banque de données, les visions et points de vue des acteurs face aux solutions proposées par la chercheure.

Par ailleurs, nous utiliserons les données traitant des opinions des intervenants particulièrement celles où l'on cite les points forts des établissements, les solutions ayant fait consensus parmi les intervenants et validé par les représentants des conseils régionaux et à partir de cela, nous tenterons de créer un modèle d'intervention réaliste, réalisable et adaptable aux particularités de chacune des régions sous étude.

CHAPITRE IX

LE MODÈLE CONCEPTUEL

CHAPITRE IX

LE MODÈLE CONCEPTUEL

Dans les chapitres précédents, nous avons présenté une situation problématique reflétant une dégradation du processus de prestation de services dans les C.L.S.C. et les C.H.S.C.D. Cette étude nous a servi de source d'information pour établir notre diagnostic. Nous avons également considéré certains points majeurs de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (projet de loi no 120), en fonction de leur incidence sur l'organisation des services à la population. Étant donné les objectifs et le mandat de la recherche, nous avons aussi examiné les réalités des deux types d'établissements concernés pour finalement définir la problématique soulevée par le manque de coordination, de concertation entre les C.H.S.C.D. et les C.L.S.C. dans le processus de prestation des services en tenant compte de la structure et des activités des établissements.

Nous en sommes arrivés à la conclusion que la problématique de départ qui était un manque de collaboration,

concertation entre les établissements s'est révélée après analyse être d'ordre structurel.

Nous devons maintenant projeter une organisation "coordonnée et concertée" en concevant un système de communication entre le C.L.S.C. et le C.H.S.C.D. qui soit réaliste et réalisable.

Nous allons à cette étape-ci créer un système qui de part sa mission et sa structure devra améliorer les liens fonctionnels entre les établissements.

Le présent chapitre porte sur le cadre conceptuel dans lequel s'inscrit cette projection. Ce cadre nous permettra de préciser les concepts reliés à la notion de "plan d'organisation" du futur système.

Le cadre conceptuel

Cette perspective s'inscrit dans le cadre nous permettant de préciser les concepts reliés à la notion de système; à partir de l'ancrage que nous avons déterminé au chapitre VIII et qui nous spécifiait que les modifications à faire étaient d'ordre structurel. En fait, par rapport à ce qui a été écrit antérieurement, il faut préciser comment on doit faire les choses plus spécifiquement comment on devrait s'y prendre pour développer un système de communication intégré, formel et efficace entre le C.H.S.C.D. et le C.L.S.C..

Dans un premier temps, on doit créer un milieu propice à une bonne collaboration, en y implantant les assises d'un véritable "partenariat élargi" nécessaire pour la réalisation de cet objectif⁵³, en y prévoyant des activités de concertation, de coordination, d'évaluation, de planification et de contrôle.

9.1 L'organisation

L'organisation est souvent décrite comme un système dont la raison d'être est de répondre aux besoins des clients, en leur fournissant des biens ou des services.

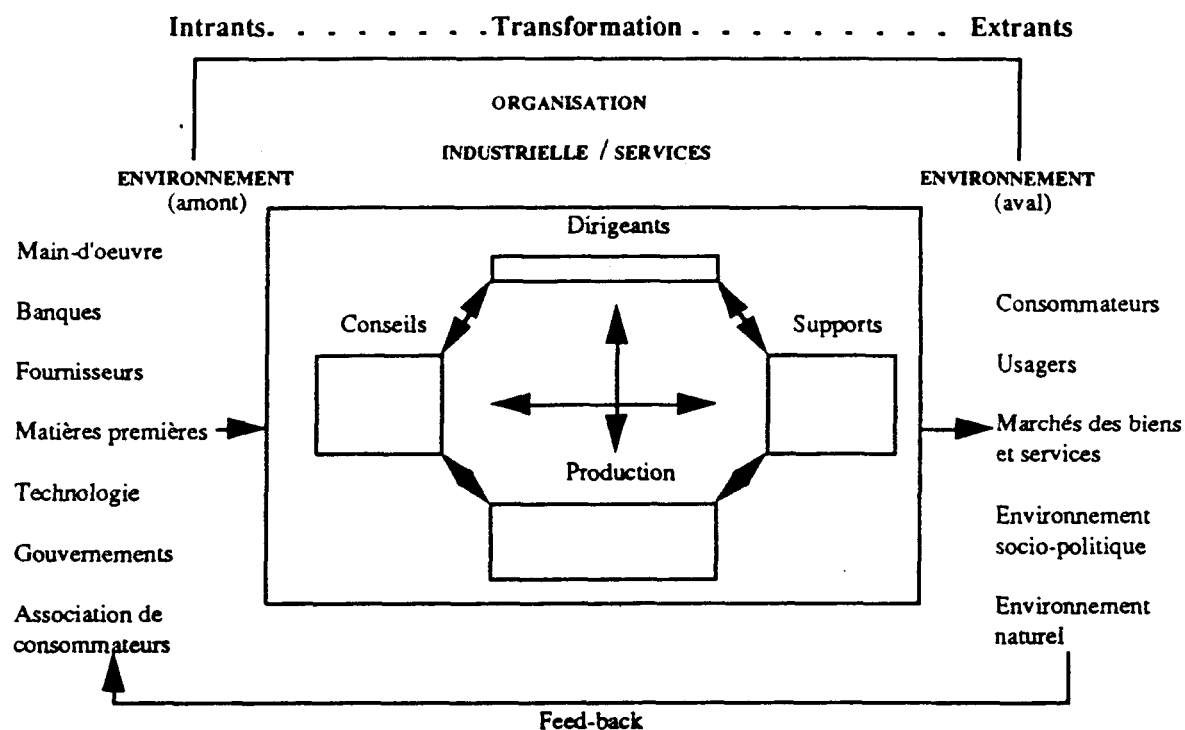
Pour Aktouff (1989), la vision de l'entreprise en tant qu'organisation n'a pas d'autre choix que de passer par l'approche systémique, dérivée de la théorie générale des systèmes.⁵⁴

Ce dernier nous propose "une vue systémique de l'organisation" (figure 8).

⁵³ Harnois, G. Pour un partenariat élargi. Québec, Gouvernement du Québec, 1985.

⁵⁴ Aktouff, Omer. Le management entre la tradition et le renouvellement, Gaëtan Morin, 1989, p.146.

Figure 8
Une vue systémique de l'organisation



Source: Omar Aktouff, Le management entre la tradition et le renouvellement, Gaëtan Morin, 1989, p. 146.

9.1.1 L'organisation et son environnement

Pour A.C. Martinet et G. Petit, l'entreprise est un système ouvert sur son environnement par l'intermédiaire d'"entrées" et de "sorties".

Environnement

entrées -----> entreprise -----> sorties

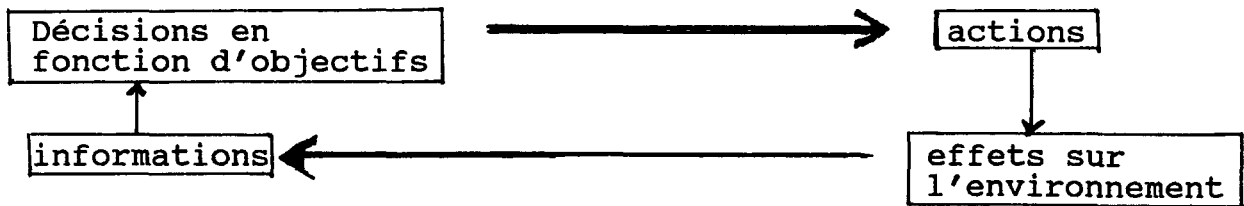
Des interrelations vont donc exister:

- entre les éléments du système (personnel, appareil productif, etc);
- entre le système et son environnement (actions et réactions).

Au sens de l'approche système, la gestion sera considérée comme l'ajustement permanent des objectifs aux modifications des contraintes et des opportunités tenant à l'environnement.⁵⁵

Cette démarche doit être menée suivant une vision à court terme adaptative et également avec une projection à long terme capable d'anticiper l'évolution de l'environnement.

⁵⁵ Martinet, A.C. et Petit, G. L'entreprise dans un monde en changement, Éditions Ouvrières du seuil, 1982, p.45.



De nombreuses démarches de la gestion (planification, contrôle de gestion...) s'inspirent fortement de l'approche système qui présente l'avantage de rendre compte de la complexité, des interdépendances et des régulations possibles.

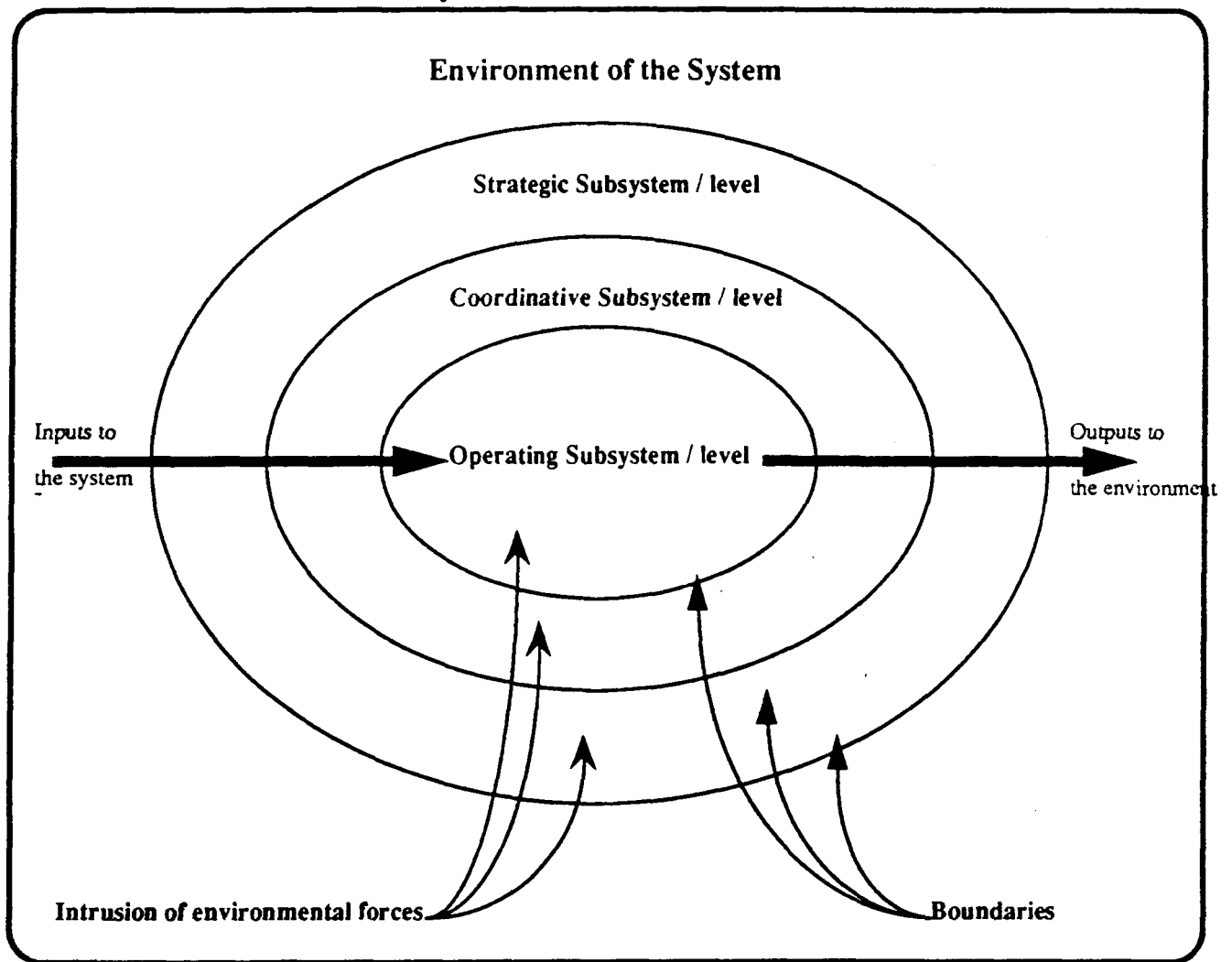
Kast et Rosenzweig viennent ajouter à cette vision systématique de l'organisation en notant que l'organisation est un tout organisé, composée de deux ou plusieurs parties interdépendantes (sous-systèmes), délimitée de son suprasystème environnemental par des frontières identifiables.⁵⁶

Ces derniers illustrent les sous-systèmes qui composent l'organisation de la façon suivante (figure 9):

Michel Crozier nous donne sa définition de ce qu'est un environnement versus l'organisation:

⁵⁶ Kast, F.C. et Rosenzweig, J.C. Organization and Management: A Systems and Contingency Approach, New-York: McGraw-Hill Book Compagny, 1985, p. 107.

Figure 9
Schéma du système dans son environnement



Source: Kast et Rosenzweig, Organization and Management: A Systems and Contingency Approach, p. 107.

31 Fremont C. Kast et James C. Rosenzweig, Organization and Management: A Systems and Contingency Approach, New-York: McGraw-Hill Book Compagny, p. 107.

L'environnement n'est pas un ensemble de variables indépendantes; il constitue une série de systèmes ou de sous-systèmes très différemment structurés et il présente de ce fait une série de problèmes spécifiques que des acteurs organisationnels également spécifiques doivent résoudre.⁵⁷

Reprenons le concept environnement pour introduire la LUNETTE "Système-Clients".

Tous les sous-systèmes de l'organisation sont eux aussi des systèmes qui baignent dans un environnement; ils sont en équilibre dynamique dans un champ de forces "magnétiques". Aux frontières plus ou moins poreuses de chacun des sous-systèmes comité, service, poste se livre une lutte de relations de pouvoir, toute proportion gardée, entre les besoins et les ressources, entre ce qui est et ce qui doit être.

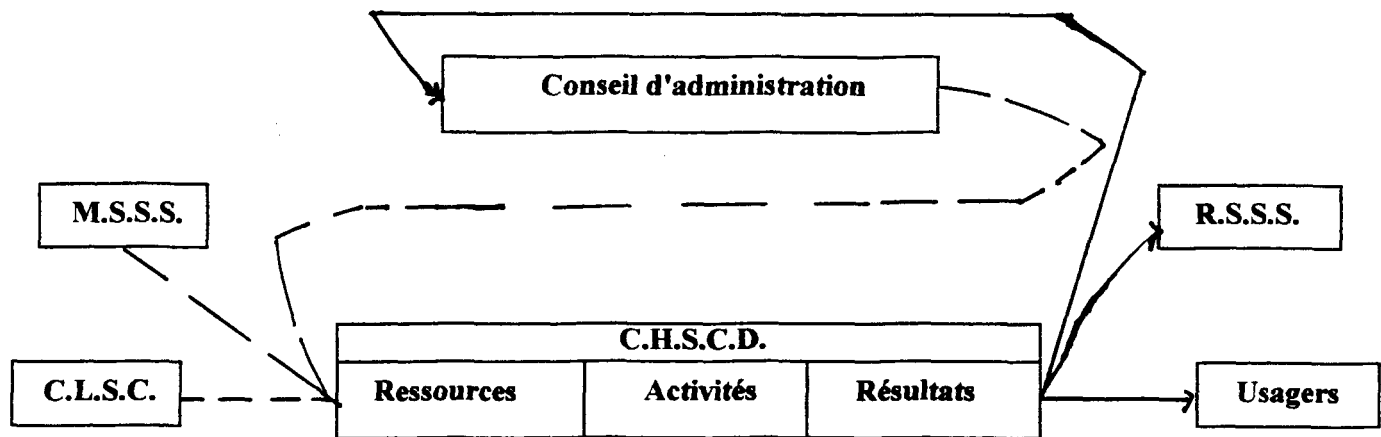
Utilisons le système-organisation, dessiné par J.M. Lalande⁵⁸, pour montrer les liens entre l'efficacité de chacun des établissements sous étude et l'efficacité globale de l'organisation; concernant le sujet qui nous préoccupe: la dispensation des services sur le territoire à la personne âgée en perte d'autonomie (figure 10).

⁵⁷ Crozier, Michel et Friedberg, Erhard. L'acteur et le système, Seuil, 1977. p. 139.

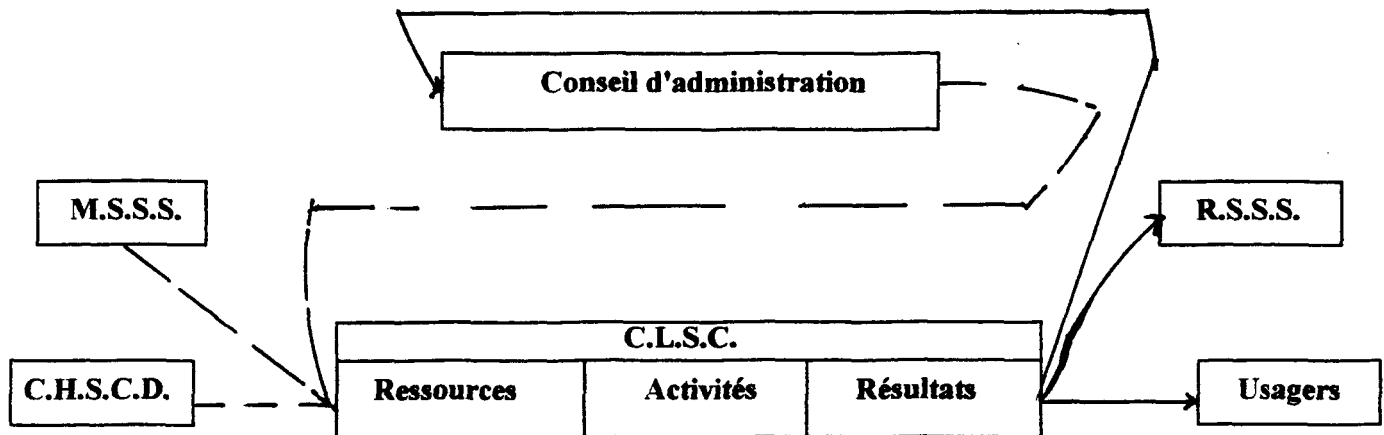
⁵⁸ Lalande, J.M. Introduction au management. Cahier de session de L'ENAP, 1977.

Figure 10

I- Les systèmes-Clients du C.H.S.C.D.



II- Les systèmes-clients du C.L.S.C.



Système client: ————

Fournisseurs: - - - - -

9.1.2 L'organisation et son développement

Laflamme nous propose une définition du système organisationnel (au sens large):

L'organisation est un lieu d'interactions, un système d'activités coordonnées et un centre d'échanges de biens et de services. D'une façon générale, l'organisation pourrait être définie comme le siège de transformation d'intrants en extrants afin de répondre à certains besoins du milieu socio-économique.⁵⁹

De part sa définition, le développement organisationnel (D.O.) est conçu selon Marcel Laflamme comme une stratégie d'amélioration de solution de problèmes.⁶⁰

En effet, selon lui, le diagnostic global se veut systématique, il constitue une méthodologie à points d'entrées multiples qui débouche sur une stratégie multifactorielle de changement dans le sens de l'excellence. Il constitue également un moyen privilégié pour rallier les approches particulières en D.O.

Nous croyons que le diagnostic posé est un moyen privilégié pour les deux institutions de s'approprier le rôle de générateur de solutions afin d'apporter une action

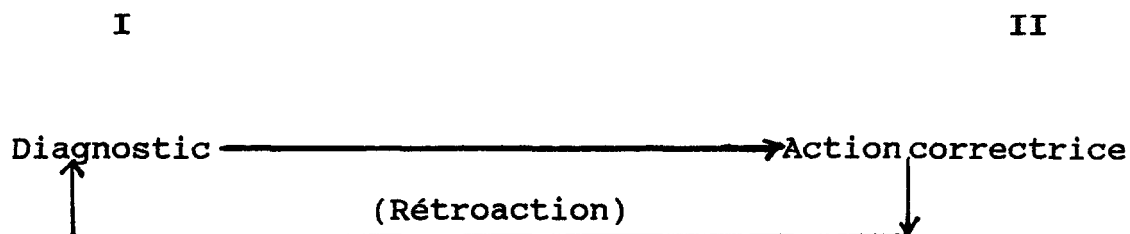
⁵⁹ Laflamme, M. Diagnostic organisationnel et stratégies de développement: une approche globale, Éditions Gaëtan Morin, 1977, p. 58.

⁶⁰ Ibid.

correctrice à leur problématique conjointe et que le D.O. peut y prendre assise en autant que les directions d'établissement manifestent une volonté commune de faire quelque chose ensemble pour améliorer la qualité, la quantité et la continuité des services à leur clientèle. Le motif de D.O. servira alors de point de ralliement aux différentes approches professionnelles dans les deux entreprises (figure 11).

Figure 11

Les deux phases essentielles du D.O.⁶¹



9.2 Le plan

À l'origine du terme planification, nous retrouvons le "plan" qui vient du latin *planus* signifiant "sans aspérité ni inégalité" et renvoyant à la notion de surface plane.

Le sens que l'on donne à ce terme avec le contenu renvoyant à l'acte de planifier, n'apparaît que vers le XVII^e siècle. Il signifie alors: projet élaboré,

⁶¹ Laflamme, M. Diagnostic organisationnel et stratégies de développement: une approche globale, Éditions Gaëtan Morin, 1977.

comportant une suite ordonnée d'opérations destinées à atteindre un but.⁶²

Élaborer un plan ou planifier peut signifier "organisation selon un plan" selon le même auteur.

La littérature reconnaît trois niveaux de planification:

- 1- la planification stratégique;
- 2- la planification structurelle;
- 3- la planification opérationnelle.

La planification structurelle (Desjardins 1973, Nadeau 1973) devient pour certains auteurs la "planification tactique".⁶³

La planification stratégique s'intéresse davantage à "l'identification des problèmes, à la fixation des buts et à l'établissement des priorités de l'entreprise ou de l'organisme".⁶⁴

⁶² Aktouff, Omer. Le management entre la tradition et le renouvellement, Gaëtan Morin, 1989, p. 102.

⁶³ Pineault, R. et Daveluy, C.. La planification de la santé: concepts, méthodes et stratégies, Montréal, Agence d'Arc, 1986.

⁶⁴ Adaptation de la définition de Pineault et Daveluy.

C'est ce niveau de planification qui doit fixer les orientations, viser les changements de valeurs et les activités futures de l'organisation.

La planification structurelle ou tactique s'intéresse principalement aux moyens et à l'agencement de ces moyens pour atteindre les buts fixés.

Finalement, la planification opérationnelle indique les décisions au jour le jour concernant le déroulement des activités, le calendrier d'exécution, la gestion des ressources.

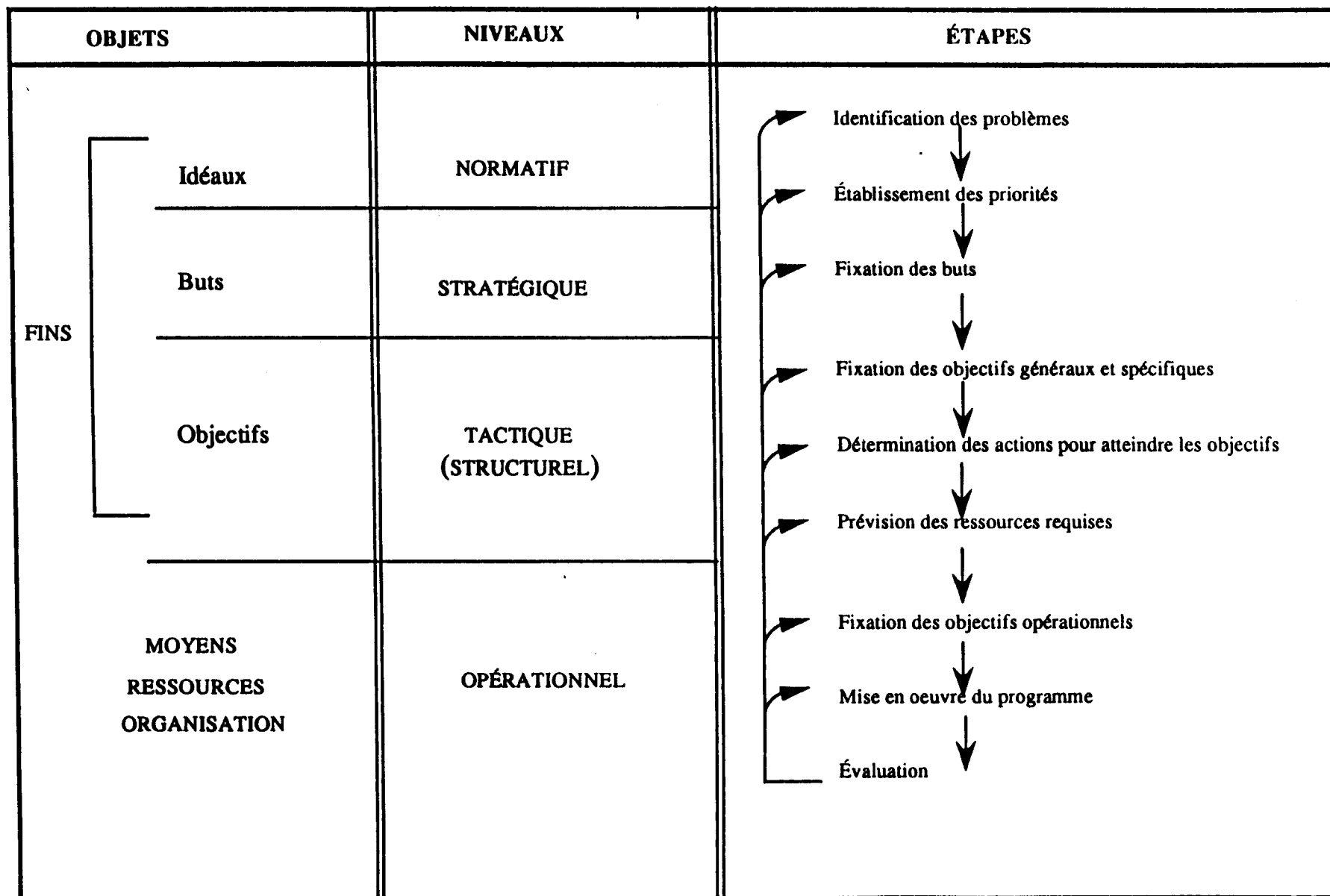
Pour Gagné (Riverin et al, 1984, p.135) la raison d'être de la planification "est le souci de s'adapter en temps opportun aux changements de la société et de mieux maîtriser l'incertitude qui caractérise l'environnement dans lequel interviennent les organisations publiques".

Schématiquement, Pineault et Daveluy nous montrent les objets, niveaux et étapes de planification de la façon suivante (voir figure 12).

9.3 Le plan d'organisation

Aux étapes 1 et 2 il faut ajouter l'approche système sur laquelle se base notre mémoire.

Figure 12
L'intégration des objets, niveaux et étapes de planification

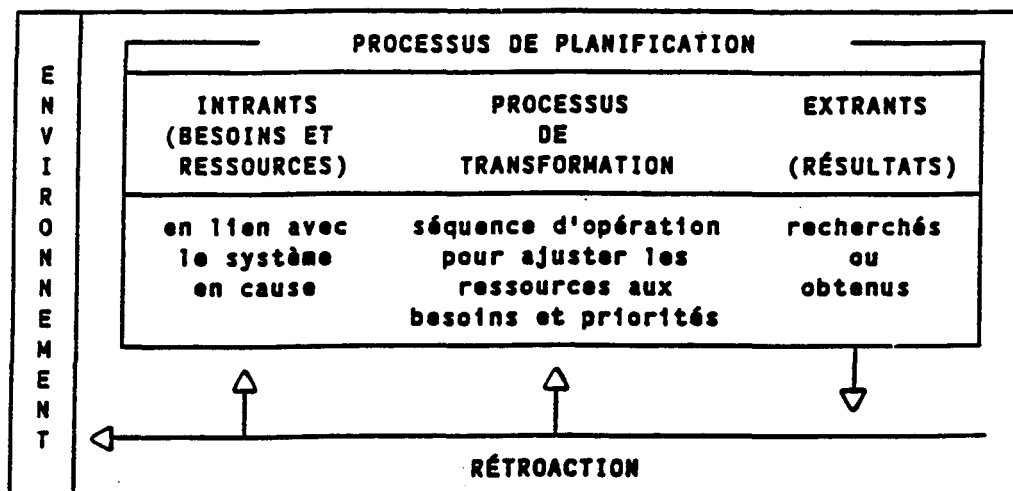


Source: élaboré à partir des figures 1.9 et 1.18 de Pineault et Daveluy, p. 39 et 59, tiré de Michelle Auclair (1989), Un cadre méthodologique pour l'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan d'organisation de services aux personnes âgées.

L'approche systémique en planification préconise une vision globale des problèmes, axée sur les interrelations existant entre les diverses composantes du problème et leur environnement, lui-même considéré comme une multitude de forces facilitantes ou contraignantes. (Riverin, 1984; Harnois, 1985; Pineault et Daveluy, 1986; Thouez, 1987.)

Le M.S.S.S. (1989 b, p.6) illustre ainsi l'approche systémique en planification.

Figure 13
L'approche systémique en planification



Source: tiré d'une figure non identifiée du MSSS (1989b, p. 6) à partir de la figure proposée par Harnois (1985).

Nous pouvons donc conclure que le plan d'organisation est basé sur la planification à la fois stratégique, structurelle ou tactique et opérationnelle.

Considérant que le mandat que nous nous sommes donné est principalement de réaliser ce plan aux niveaux hiérarchiques et intermédiaires, il n'est pas dans notre intention de planifier les activités quotidiennes de chacun des intervenants.

Nous nous attarderons plutôt à la définition de la mission et orientations du nouvel organisme, aux objectifs poursuivis par le regroupement des établissements, aux moyens et à leur agencement pour atteindre les objectifs fixés.

Nous examinerons aussi les sous-systèmes et le suprasystème environnemental dans leurs interrelations.

Le modèle conceptuel et le cadre théorique déjà établis devront nous permettre de répondre aux besoins de structures fonctionnels du nouvel organisme: la table de concertation et de coordination des services de maintien à domicile.⁶⁵

Après avoir passé en revue l'organisation actuelle, nous devons projeter celle-ci dans un "rapprochement administratif" réalisable.

⁶⁵ La table de concertation et de coordination M.A.D., cette abréviation sera utilisée jusqu'à la fin du texte pour identifier la table de concertation et de coordination des services de maintien à domicile.

Le prochain chapitre sera consacré à remodeler l'organisation actuelle en une organisation aux relations harmonieuses et efficaces dans son ensemble et dans chacun de ses établissements.

Nous procéderons aux opérations suivantes:

- 1- définir les mandats, les orientations, les valeurs et la philosophie de la table de concertation et de coordination M.A.D.;
- 2- identifier les politiques, les objectifs et les priorités de la table;
- 3- définir la structure hiérarchique de la table;
- 4- établir un plan opérationnel;
- 5- identifier les changements souhaités entre les organisations et dans l'environnement;
- 6- identifier les limites de la table.

CHAPITRE X

LA TABLE DE CONCERTATION ET DE COORDINATION M.A.D.

CHAPITRE X

LA TABLE DE CONCERTATION ET DE COORDINATION M.A.D.

Dans le contexte actuel de restriction budgétaire et de rationalisation des ressources le M.S.S.S. considère que le regroupement d'établissements est l'une des solutions possibles.

En effet, pensons à l'annonce faite dans les médias d'information, en février 1995 par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le Dr. Jean Rochon déclarant de façon officielle; le regroupement sous un même conseil d'administration de trois centres hospitaliers de la région de Québec soit: le C.H.U.L., l'Hôpital St-François d'Assise et l'Hôtel-Dieu de Québec.

Il va s'en dire que les "coupures" budgétaires imposées aux établissements bouleversent leur fonctionnement et les obligent à questionner leur raison d'être et leur façon de faire. Par la force des choses les mentalités évoluent, les façons de penser changent; les organisations songent à s'unir. Ce qui hier aurait été impensable est aujourd'hui envisagé.

Exemple, actuellement il y a un autre projet de regroupement entre deux autres centres hospitaliers de la région de Québec soit: l'Hôpital de l'Enfant Jésus et l'Hôpital St-Sacrement.

Au niveau sous-régional, là aussi l'on regarde les possibilités de faire ensemble au lieu de chacun de son côté. Dans un article publié en Beauce et intitulé: **Coupures au C.H.S.G.**, la directrice générale l'avoue: "il n'y a plus de place pour couper". "On est réellement en difficulté". Elle se félicite qu'on ait pu éviter de couper dans les services aux clients, mais ne peut pas promettre la même chose avec les compressions à venir en santé physique (qui totaliseraient 10% pour les trois prochaines années). Elle signale par ailleurs que le Centre hospitalier de St-Georges ne sera pas le seul en difficulté et que les solutions pourraient venir du niveau régional.

Toujours selon la directrice générale, afin de préserver le plus possible les services à la clientèle, elle n'écarte pas des hypothèses comme des fusions avec d'autres établissements, C.L.S.C. ou hôpitaux. "On n'a plus d'argent pour faire des chasses gardées", affirme-t-elle.⁶⁶

⁶⁶ Extrait d'un article paru dans L'Éclaireur Progrès/Beauce Nouvelle, 28 janvier 1995.

10.1 Les paramètres du modèle organisationnel

Proposer des solutions est une chose, amener les gens à désirer ces changements en n'est une autre; voilà pourquoi nous suggérons une approche stratégique en D.O., qui mise sur des changements dans le système d'orientation et le système social des organisations. Nous soumettrons aux établissements un modèle de table de concertation et de coordination M.A.D. qui dans un premier temps vise des changements dans les valeurs et les politiques de fonctionnement des organisations et qui deuxièmement tentera de modifier le système social entre les établissements. Nous croyons que par la suite les organisations seront prêtes à franchir la dernière étape du plan soit de travailler en concertation de façon complémentaire sur les mécanismes facilitant la dispensation et la continuité des services à leur clientèle commune.

Pour ce faire, les paramètres utilisés dans le cadre de l'élaboration de la table de concertation et de coordination M.A.D. seront le système-client et la planification.

- . Nécessité au niveau du système-client d'une représentation fidèle de son image propre.⁶⁷

⁶⁷ L'image propre réfère à la perception des significations essentielles du fonctionnement organisationnel dans un contexte donné, tiré du livre de Marcel Laflamme etc.

Il est donc impérieux pour chaque établissement d'identifier clairement versus les relations qu'il entretient avec ses partenaires les situations à maintenir, à améliorer et à modifier.

Une prise de conscience de chaque organisation par son système-client de ce qu'il est réellement, est possible dans la mesure où il y a une perception de ses forces et faiblesses et même de ses aspirations. Le désir de s'améliorer faisant partie du processus d'élaboration de son image, chaque organisation vise l'auto-développement.

À ce titre, il est essentiel que toute l'organisation participe au changement anticipé. J.F. Labie souligne en ces termes l'importance de l'auto-développement:

Dans l'optique de la Dynamique des Organisations, c'est à l'entreprise et à ses cadres qu'il appartient de prendre en charge l'essentiel du mouvement. Il n'est de bon diagnostic que celui qu'ils auront fait eux-mêmes, de bonnes solutions que celles qu'ils auront conçues, de bonnes décisions que celles qu'ils auront prises librement.⁶⁸

- À partir du diagnostic établi dans le cadre de la présente recherche, en nous inspirant de la synthèse globale et des principaux constats de l'étude réalisée par les chercheurs

⁶⁸ Labie, J-F. La dynamique des organisations, Direction et gestion, no 2, 1975, p. 51.

du M.S.S.S.⁶⁹ et des caractéristiques d'un processus optimal; nous allons terminer ce travail de recherche en vous proposant des solutions qui sans être révolutionnaires vous paraîtront peut-être parfois audacieuses.

- . Selon Kast et Rosenzweig (1979: 19,109), pour accomplir son activité de transformation, un système organisationnel a besoin:
- de définir son environnement (général et spécifique);
- de définir ses valeurs et buts;
- d'établir une structure formelle;
- de bien connaître les personnes qui en font partie: la dynamique des interactions;
- d'aller chercher et/ou de développer les techniques et les connaissances nécessaires;
- de gérer le tout.

⁶⁹ Trahan, L., Bélanger, L. et Bolduc, M. Une évaluation de la prestation de services dans les C.L.S.C. et les Centres hospitaliers, pour des services de qualité aux personnes âgées en perte d'autonomie, M.S.S.S., 1993.

André Payette s'est inspiré de ces auteurs pour distinguer à l'intérieur de l'organisation cinq dimensions ou groupes de phénomènes; pour éviter d'alourdir, il a omis la boucle de **FEEDBACK**; dans le schéma 5, les petites flèches représentent la circulation d'information et d'énergie entre les dimensions et l'environnement, le supra-système. Elles pourraient aussi exprimer le champs de forces.⁷⁰

Ces dimensions sont:

- les valeurs, objectifs;
- la dimension psychosociale: les acteurs;
- la dimension technique;
- la dimension structure;
- la dimension gestion.

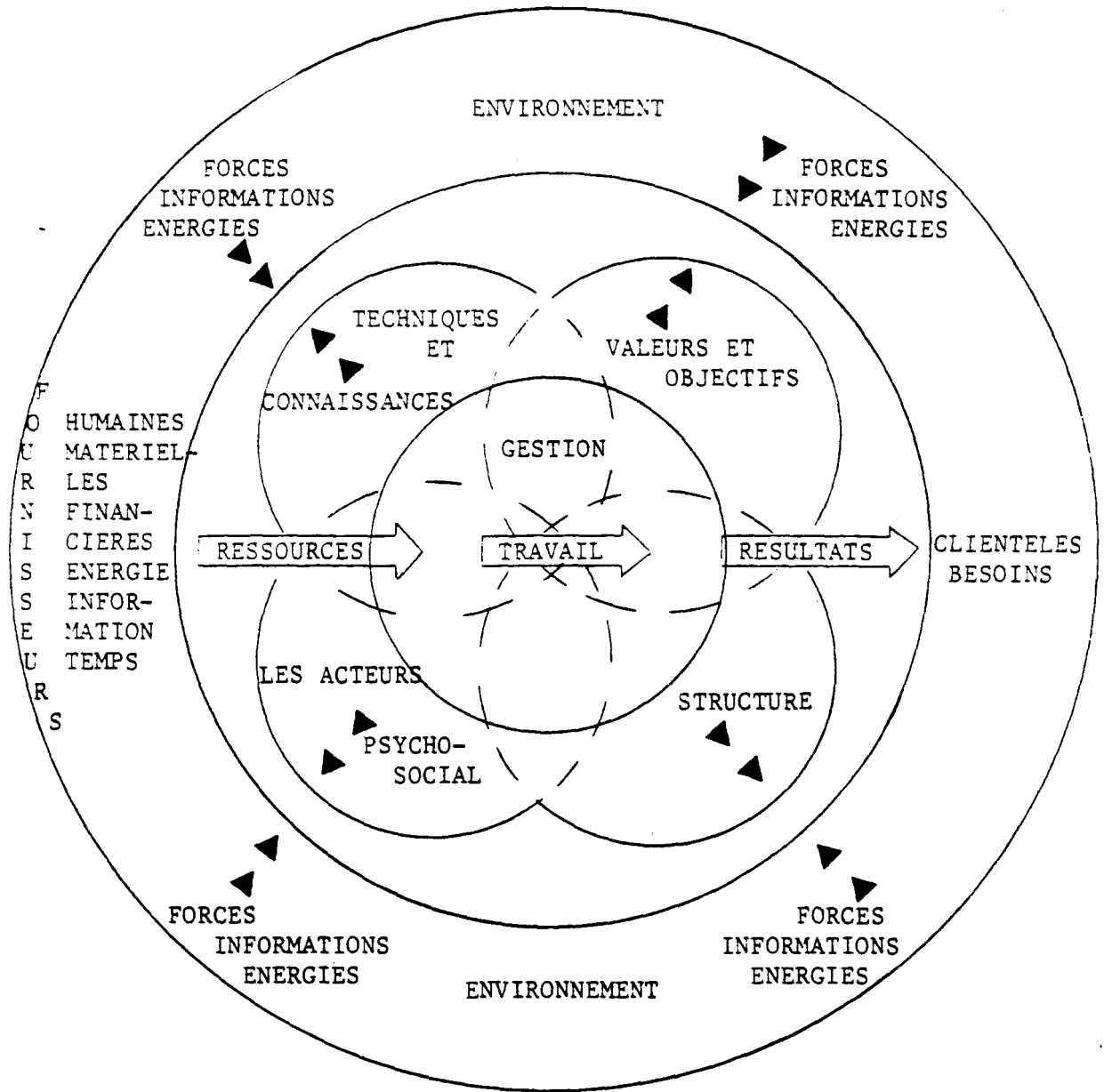
Le schéma 5 représente l'organisation en tant que système. Selon Ackoff⁷¹, le globalisme est une conception du monde soutenant que tous les objets et événements et toutes leurs expériences font partie d'ensemble plus grand. Elle ne nie pas que ceux-ci ont des parties, mais elle insiste sur l'ensemble dont elles sont les parties. Elle procure une autre façon de voir le monde, une façon différente mais compatible avec le

⁷⁰ Note de cours de l'ENAP, Sept. 1983, Devenir gestionnaire, A. Payette.

⁷¹ Ackoff, R.L. Redesigning the Futur: A System Approach to Societal Problems, Wiley Interscience Pub., 1974.

Schéma 5

L'ORGANISATION EST UN SYSTEME



Représentation intégrée de Payette page 4.4.

réductionnisme. Elle tourne l'attention des parties ultimes vers l'ensemble des parties interreliées, vers les systèmes.

. La planification

Dans un premier temps, nous suggérons d'utiliser une définition de la planification notamment celle proposée par Schaefer:

Un processus méthodique consistant à définir un problème par analyse, à repérer les besoins et demandes non satisfaits qui constituent le problème, à fixer des buts réalistes et atteignables, à en déterminer l'ordre de priorité, à recenser les ressources nécessaires pour les atteindre et à projeter les actions administratives en pesant les diverses stratégies d'intervention possibles pour résoudre le problème.⁷²

Sur le plan pratique, nous distinguons trois volets à la planification:

- la planification stratégique
- la planification structurelle
- la planification opérationnelle

Le tableau 9 à la page suivante résume les éléments d'une planification intégrée.

⁷² Schaefer, M. L'administration des programmes de salubrité de l'environnement: approche systémique. Organisation mondiale de la santé, Genève, 1975, p. 130.

Tableau 9

Planification	Durée	But	Activités et démarche	Contenu
Stratégique	5-10 ans	Déterminer sa raison d'être (mandats), les grandes orientations et les objectifs	Préciser les axes en développement organisationnel (D.O.) pour les établissements participants, les projets prioritaires	Le plan d'action
Structurelle	3-5 ans	Agencer les ressources par le biais de comités de la table	Analyse, répartition des responsabilités et agencement des ressources (parrainage dans les projets)	Les projets
Opérationnelle	1 an	Utilisation des ressources au quotidien	Déroulement des activités quotidiennes	Gestion des opérations

Source: Adapté de McConkley D.D., "Strategic Planning in Non-profit organizations", Health Management Forum, Autumn 1981.

10.2 Définition de la table de concertation et de coordination M.A.D.

. Les tables de concertation régionale

Dans son document Mme Michelle Auclair résume ce que sont les tables de concertation régionale:

Elles regroupent les directeurs des établissements et un représentant des organismes communautaires d'un même territoire. Elles ont pour objectif premier d'augmenter la coordination et la complémentarité des services offerts à la population, en permettant à chacun d'assumer ses responsabilités dans le respect de celles de ses partenaires.⁷³

Recommandations

Bien que la table régionale réponde à des besoins bien spécifiques, nous croyons qu'une table de concertation et de coordination M.A.D. serait un outil de concertation très efficace car son objectif principal est d'augmenter la coordination et la complémentarité des services entre les établissements à une clientèle unique, soit la personne âgée en perte d'autonomie.

⁷³ Auclair, M. Un cadre méthodologique pour l'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan d'organisation de services aux personnes âgées, Ste-Foy: ENAP, 1989.

- . Définition de la table de concertation et de coordination M.A.D.

Conseil réunissant dans une région des établissements de la santé et des services sociaux concernés par les activités de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie; qui se mettent d'accord pour agir ensemble de façon concertée et coordonnée sur des projets communs.

La planification du projet de la table de concertation et de coordination M.A.D. se situe dans un contexte caractérisé par le fait que l'ensemble des organisations, bien que faisant partie du même réseau, sont autonomes dans la gestion de leurs activités. Dans cette situation, la meilleure façon de mobiliser les troupes est d'établir une base de pouvoir au groupe de planification chargé de la mise en oeuvre du plan d'action.

Recommandations

1. Le leadership de la table

Que celui-ci soit assumé par les acteurs et les organisations détenant un certain pouvoir et dont l'action risque d'avoir une influence sur la réalisation du projet.

Pour identifier ces acteurs, Schaefer suggère de procéder à l'analyse des rôles.⁷⁴ En d'autres termes, il faut identifier les résultats souhaités, la population visée, les ressources humaines et matérielles ainsi que les individus ou groupes susceptibles de favoriser ou de freiner ou encore de contrôler de façon formelle ou informelle le fonctionnement du projet.

Nous croyons que les C.L.S.C. devraient être les établissements chargés du projet; les autres établissements faisant partie de la table seront les C.H.S.C.D.; nous suggérons pour améliorer les chances de réussite du projet que d'autres établissements impliqués dans le maintien à domicile fassent partie de la table (ex. les C.H.S.L.D., les ressources privées, etc).

2. L'organisme responsable du plan d'action

Que la Régie régionale soit l'organisme responsable du bon fonctionnement, de la mise en application et de l'évaluation des activités de la table; considérant les rôles de coordination, d'organisation des services et compte tenu que de part la Loi; elle doit également allouer les budgets destinés aux établissements.

⁷⁴ Schaefer, M. L'administration des programmes de salubrité de l'environnement, Approche systémique. Cahiers de santé publique no 59, OMS, Genève, 1975, pp. 142-143.

3. L'identification des buts et intérêts des acteurs en regard du projet

Que le responsable du plan d'action décèle chez chacun des participants les buts, les intérêts poursuivis face au projet. Qu'il détecte les attentes de chacun en échange de leur support au groupe, ce qu'ils ont à perdre et à gagner dans cette entreprise.

Que le responsable du plan d'action soit conscient des intérêts différents, voir même conflictuels chez certains groupes; il accordera de l'importance aux jeux et enjeux politiques qui font partie des réalités quotidiennes des organisations, ainsi que des contraintes et inconvénients s'y rattachant.

10.2.1 La population cible

Les personnes âgées de 60 ans ou plus ayant des incapacités permanentes ou étant aux prises avec des pathologies qui, compte tenu de l'ensemble de leur situation, sont susceptibles de compromettre leur maintien à domicile et ayant déjà fait appel aux services d'un établissement faisant partie de la table de concertation et de coordination M.A.D..

- Les critères d'admissibilité pour la clientèle

- . avoir un dossier actif au C.L.S.C. ou au centre hospitalier participant;
- . ne pas être hébergé dans un établissement du réseau public à l'entrée au centre hospitalier ou au C.L.S.C., mais pouvoir toutefois être en attente d'hébergement.

10.2.2 La représentation des établissements

- . regroupement du C.L.S.C. et C.H.S.C.D. concerné par une clientèle commune soit: les personnes âgées en perte d'autonomie;
- . regroupement de ces établissements par localisation soit: même M.R.C.;
- . regroupement de ces établissements en fonction du moment, par un projet commun soit la table de concertation et de coordination M.A.D.

10.2.3 La composition de la table

L'équipe est constituée du directeur général de chaque établissement et d'une personne ressource sans droit de vote, (dépendamment du dossier à traiter); de plus un représentant de

la Régie régionale responsable du plan sera présent de façon permanente.

- Les conditions organisationnelles requises à la mise en oeuvre des travaux de la table

Pour que les deux organisations puissent échanger, chacune doit reconnaître l'importance de la mission (fonction) jouée par l'autre. Elles doivent avoir des intérêts mutuels, c'est-à-dire des buts semblables, des tâches qui se chevauchent ou encore la possibilité de s'échanger ou de partager des ressources; processus particulièrement utile en période de rareté.

Ce type d'environnement répond aux conditions propices au développement d'un système d'échange qui implique, en principe, toutes les organisations intéressées, sur le territoire de M.R.C., à la problématique de la personne âgée en perte d'autonomie. Cet environnement favorise l'atteinte d'un consensus parmi les individus et les groupes-clés sur la base de la satisfaction d'intérêts et d'objectifs communs.

Nous croyons que le regroupement du C.L.S.C. et du C.H.S.C.D. d'une même M.R.C. répond à ces conditions; que la synergie de leurs actions ne pourra qu'être bénéfique à la clientèle ainsi qu'à chacun des établissements.

10.3 La planification stratégique

1ère étape

Le planificateur de la Régie régionale n'est généralement pas responsable de l'ensemble du processus administratif. Cette dernière responsabilité incombe à l'administration qui parraine le projet. Nous croyons que l'établissement parrain devrait être le C.L.S.C.. Par ailleurs, il serait nécessaire d'associer d'autres parrains (supporters) aux diverses étapes du processus de la planification afin que les solutions proposées puissent être applicables et appliquées.

Comment allons-nous fonctionner?

Pour que la table réalise ses objectifs, il faut que celle-ci respecte les étapes de:

- planification
- implantation
- évaluation

2ème étape

Le planificateur devra définir avec l'organisme parrain (C.L.S.C.) le comment la table va fonctionner sur le plan opérationnel à savoir:

- . un projet de tâches et/ou postes de concertation, de coordination à proposer aux établissements concernant le partage des responsabilités des établissements entre eux;
- . un projet de modèle de liens hiérarchiques et fonctionnels à proposer aux organisations participants aux activités de la table;
- . un projet des activités futures de la table à proposer pour acceptation ou modification aux autres partenaires (C.H.S.L.D., etc.);
- . un projet de phase d'implantation des différentes activités de la table à suggérer aux établissements pour modification et/ou acceptation;
- . un projet d'outils d'évaluation et de contrôle de leurs mécanismes de communication entre les établissements.

10.3.1 Les mandats de la table de concertation et de coordination M.A.D.

Les auteurs de La direction participative par objectifs nous proposent une définition de ce qu'est la mission de l'organisation:

Qu'elle soit privée, publique ou parapublique, l'organisation se caractérise d'abord par la mission qu'elle entend accomplir au sein d'une communauté ou d'une société. Cette mission traduit sa raison

d'être, sa finalité propre, exprimée sous forme d'un énoncé global complété par les types de résultats à produire; elle désigne habituellement l'ensemble des attentes et des besoins que l'organisation entend satisfaire en longue période chez divers clients. Cette mission doit être définie de manière à couvrir tous les domaines importants de la vie de l'organisation, c'est-à-dire ceux qui sont reliés à sa survie et à sa croissance.⁷⁵

Nous préférons parler de mandat de la table plutôt que de mission pour éviter la confusion avec la mission de chacun des établissements telle que stipulée dans la Loi.

On entend par mandat des directions générales: fonctions, obligations déléguées par les conseils d'administration des établissements à leurs représentants (directeurs généraux); qui ont reçu de leur conseil respectif l'autorisation de participer aux travaux de la table et d'y exercer les fonctions et obligations confiées par eux.

Nous vous référons à l'item 1.1 du chapitre 1, pour connaître les pouvoirs et obligations des conseils d'administration en vertu de la Loi, également le Chapitre IV, 4.3.1.1 vous renseigne sur les rôles et responsabilités de la direction générale.

⁷⁵ Langevin, J.L., Tremblay, R., Bélanger, L. La direction participative par objectifs, Centre de formation et de consultation (C.F.C.), Les Presses de l'Université Laval, Québec, 1979.

Les mandats de la table de concertation et de coordination M.A.D.

Nous avons répertorié à l'aide de la banque de données toutes les solutions proposées par les acteurs. Un consensus ressort au niveau de toutes les régions sur le comment améliorer la collaboration avec les partenaires et nous énonçons comme suit la solution priorisée: développer et/ou améliorer le réseau de communication entre les établissements afin d'augmenter entre eux, la collaboration, la concertation et le partenariat.

Voici les mandats que nous suggérons à la table:

1. Favoriser par le biais des projets de la table la continuité et la complémentarité des services entre les établissements.
2. Travailler en concertation et en collaboration avec la Régie régionale de son territoire en regard de son mandat de coordination et d'organisation des services dans le cadre d'un P.R.O.S. pour personnes âgées.
3. Développer sur le territoire un réseau de services intégrés pour cette clientèle.

4. Faciliter l'application de la Loi concernant les droits de l'utilisateur de:
 - . recevoir de l'information
 - . recevoir des services continus
 - . de participer à l'élaboration de son plan de services
 - . d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix, lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service professionnel nécessaire pour lui.
5. Susciter la mise sur pied d'éléments structuraux entre les établissements (mécanismes de liaison) pour assurer aux personnes âgées en perte d'autonomie des services continus, complémentaires et ainsi améliorer leur qualité de vie.
6. Aider les organisations par le biais de la discipline du D.O. à gérer les changements, à s'adapter aux nouvelles conditions de l'environnement.

10.3.2 Les valeurs et la philosophie de la table

Nous recommandons à la table d'utiliser le système de valeurs du D.O.

Le présent modèle propose une nouvelle vision de l'organisation qui tient compte de ses limites économiques et sociales.

Bennis considère essentiellement le D.O. comme "une stratégie d'éducation complexe en vue de changer les croyances, les attitudes, les valeurs et la structuration des organisations...".⁷⁶

- Système de valeurs du D.O.

Le système de valeurs en D.O. tire ses bases théoriques d'un ensemble de recherches en sciences du comportement auxquelles sont associées les auteurs suivants: D. McGregor (1960), A. Maslow (1954), R. Likert (1967), C. Argyris (1969), E. Schein (1969), R. Beckhard (1969), W. Bennis (1969), Blake et Mouton (1969) et autres.

Une dizaine de thèmes déterminent la spécificité du système de valeurs du D.O..⁷⁷

Pour les besoins de notre étude nous nous attarderons au système de valeurs qui prône:

⁷⁶ Bennis, W.G. Organization Development: its nature origins and prospects, Addison-Wesley Pub. Co. Reading, Mass., 1969, p. 2.

⁷⁷ Laflamme, M. Diagnostic organisationnel et stratégies de développement: une approche globale, Montréal, Éditions Gaëtan Morin, 1977.

1) L'importance du groupe de travail

La considération du groupe de travail comme étant l'unité de base de l'organisation, la cellule décisionnelle privilégiée et le lieu primordial de satisfaction des besoins des membres. Aussi, dynamisation des processus de groupe comme moyen fondamental de développement.

2) Les compétences sociales

La conviction que le développement de compétences en matière de relations interpersonnelles et inter-groupes améliore sensiblement l'efficacité de l'organisation.

3) La confiance et la liberté d'expression

La reconnaissance du fait que le climat de confiance améliore la prise de décision, favorise l'épanouissement personnel et la satisfaction au travail. En corollaire, nécessité que l'expression libre de sentiments fasse partie intégrante de la philosophie de l'organisation.

4) La pensée positive et l'ouverture aux risques

La tolérance vis-à-vis l'incertitude et détermination face aux décisions impopulaires. Aussi attitude à la fois prudente et souple dans un milieu dominé par l'éphémère et les revendications.

5) La remise en cause et l'expérimentation

La nécessité pour l'organisation de s'interroger constamment, d'expérimenter et de se perfectionner sans cesse.

6) Les finalités organisationnelles élargies

Le besoin d'objectifs multidimensionnels pour réconcilier la dimension économique et la dimension sociale de l'entreprise.

7) La qualité de vie

La foi dans l'idée que les organisations peuvent contribuer sensiblement à actualiser les espoirs d'une vie meilleure. Les nouvelles conditions de l'environnement nécessitent non seulement une réforme culturelle mais aussi une redéfinition des notions concernant l'organisation saine et efficace.

- La philosophie de la table

Les participants aux activités de la table partagent une philosophie d'interventions axée sur le maintien à domicile de leur clientèle; celle-ci se concrétise dans le processus de prestation de services par une tendance à favoriser au moment de la prise de décision une orientation des personnes âgées vers le domicile. Ce qui signifie une ouverture des

établissements à faire des compromis (ententes, etc.) entre eux. Concrètement, ce pourrait être de faciliter pour l'utilisateur les préparatifs nécessaires à son congé du centre hospitalier en collaborant avec le C.L.S.C. pour l'organisation des services nécessaires à son retour à la maison.

- . Les participants aux activités de la table s'associent à une philosophie qui respecte les besoins individuels des partenaires (établissements) et encouragent la mise en place d'un bon climat réseau entre les organisations.
- . Les participants aux activités de la table s'impliquent activement dans le processus d'actualisation des services dispensés en respectant les valeurs propres de chacun, leurs besoins particuliers en tant qu'organisations et qu'individus.

10.3.3 Les orientations de la table

Les orientations que nous proposons tentent de répondre à quatre questions:

- Sur quelles valeurs et approche se fondent notre action?
- Quels objectifs poursuivons-nous?
- Quelles stratégies ou modèle organisationnel se donne-t-on pour atteindre nos objectifs?
- Quels facteurs influencent l'organisation de la table?

Les principes directeurs

Nous appelons "principes directeurs" les principales assises qui guideront les interventions de la table.

1er principe: Viser une qualité de services basée sur le processus optimal

À partir d'éléments qui caractérisent un processus optimal et auxquels s'ajoutent quelques autres qui résultent plutôt de consensus d'experts (réf. au tableau 4); nous croyons tout comme les gens qui ont participé à l'étude évaluative du M.S.S.S. que les cinq aspects relatifs à la qualité du processus doivent être retenus et inclus dans les orientations de la table M.A.D..

Ce sont:

- la coordination et les communications intra et entre les établissements;
- la philosophie d'orientation vers le domicile;
- le type d'approche: globale ou gériatrique (en ce qui concerne l'accueil, l'évaluation, l'intervention incluant la réadaptation);
- le plan de services individualisé et le suivi;

- la participation active de la personne et de ses proches.

Nous recommandons d'y ajouter:

- La qualité des soins

L'acte isolé qui est posé dans le réseau actuel est de qualité en lui-même, mais il est fait sans continuité, sans plan global de traitement avec un ensemble d'autres actes; il se trouve par le fait même affaibli et donne en général peu de résultats.⁷⁸

2ième principe: Définir de nouvelles approches entre les établissements

L'application des mécanismes de concertation, complémentarité et de liaison définis par la table et endossé par chacun des partenaires (établissements) suppose pour l'ensemble des directions et des intervenants, une façon différente de penser, d'agir et de travailler en harmonie avec les autres dispensateurs de services des autres organisations.

3ième principe: Offrir de nouvelles interventions et/ou de nouveaux services

⁷⁸ D'après: La Direction des Services hospitaliers et le Ministère des Affaires sociales. Réseau de services intégrés pour les bénéficiaires de soins prolongés, Mars, 1982.

Pour contribuer au virage ambulatoire, de nouvelles façons de faire devront être développées; ainsi les ressources appropriées seront disponibles pour répondre aux besoins des usagers et aux attentes des établissements (système-client); l'apparition de ces services s'effectuera premièrement grâce à l'adaptation de la main-d'oeuvre dans les services actuels en terme de formation du personnel, de protocoles, politiques et procédures et autres modalités susceptibles de favoriser l'harmonie, la concertation entre les établissements et le mieux-être de la population desservie; ou bien deuxièmement par la création de nouveaux services.

4ième principe: Identifier les attentes et résultats à produire pour chacun des établissements faisant partie du regroupement (système-client).

5ième principe: Orienter les actions de la table de façon à offrir la globalité des services requis par la population âgée.

6ième principe: Favoriser le décroisement des services entre les institutions.

10.3.4 Les politiques, les objectifs et les priorités de la table

Nous recommandons à la table de se baser sur les objectifs de normalisation en D.O. pour établir ses propres buts et d'établir des politiques de fonctionnement dans le sens du D.O.

Selon Laflamme, la philosophie du D.O. et la notion d'excellence se concrétisent via un ensemble d'objectifs et de politiques de développement, voilà pourquoi nous proposons que des politiques d'orientation et de gestion de ses activités soient élaborées.

A - Politiques d'orientation

Recommandations

Que les politiques de la table permettent aux acteurs de:

- optimiser le bien commun des divers groupes rassemblés autour de la table;
- poursuivre des objectifs multi-dimensionnels plutôt que l'unique souci de la rentabilité maximale;
- accepter l'incertitude, administrer le changement car l'organisation est une création du milieu socio-économique

et pour survivre, elle doit constamment s'adapter, innover et se développer.

B - Politiques de gestion

Recommandations

Que les politiques de la table incitent les acteurs à:

- canaliser les énergies vers la réalisation d'objectifs positifs et non à des fins de contrôles répressifs;
- établir des processus de planification, de décision et de contrôle largement diffusés ou décentralisés;
- débureaucratiser l'organisation par l'emploi plus fréquent de système temporaire en enrayant les rigidités et les lourdeurs bureaucratiques par des structures par projet par exemple;

. Les objectifs généraux

Nous recommandons à la table d'établir ses objectifs d'après les objectifs de normalisation en D.O.. Ces derniers soient de a) à e) inclusivement ont été élaborés par Blake et Mouton (1969).⁷⁹

⁷⁹ Blake, R.R. et Mouton, J.S.. Les deux dimensions du management, Les Éditions d'Organisation, Paris, pp. 197-198.

- a) Éliminer un management fondé seulement sur le bon sens; partir systématiquement d'idées qui favorisent l'implication et la responsabilité personnelle, l'esprit créateur et l'étude des problèmes;
- b) Éliminer les modes de pensée improductifs de chaque individu. À leur place, créer un état d'esprit qui permette aux managers de mieux définir les problèmes et de trouver des solutions originales;
- c) Éliminer les blocages entre individus ou groupes qui empêchent les discussions utiles. Établir des relations franches et loyales qui permettent de discuter ouvertement et résoudre les problèmes entre individus et entre groupes;
- d) Remplacer ces traditions et routines de l'entreprise qui étouffent l'esprit d'initiative et les efforts productifs par une philosophie qui favorise la créativité et la recherche de la perfection;
- e) Définir, résoudre ces problèmes en souffrance qui font obstacle au plein rendement de l'organisation; contrôler l'application des solutions;
- f) Améliorer le processus de prestation de services entre les établissements (C.L.S.C. et C.H.S.C.D.) à la clientèle âgée en perte d'autonomie particulièrement à l'étape de

l'élaboration de décisions et des modes de collaboration et de communication entre établissements;

- g) Définir ensemble un plan d'action entre les établissements selon une approche globale ou gériatrique commune. Soit une approche axée sur le maintien de l'autonomie, qui favorise la prise en charge par la personne elle-même et qui vise le retour et/ou le soutien au domicile, selon le voeu des personnes;
- h) Assurer à la clientèle une meilleure accessibilité aux services par:
 - une meilleure complémentarité
 - le recours à un plan de services commun
 - le recours à un outil commun d'évaluation
- Les objectifs spécifiques
 - a) Définir les objectifs de la table en fonction des besoins, développer des plans d'action, définir des structures de fonctionnement et les mettre en branle, puis établir des procédures de contrôles pour assurer le suivi;
 - b) Viser la concertation et la complémentarité des missions et des approches des établissements participants aux activités de la table;

- c) Clarifier et partager des philosophies d'intervention à l'égard des personnes âgées en perte d'autonomie, ainsi que des orientations privilégiées dans le processus;
 - d) Augmenter l'intérêt des intervenants à l'égard de la clientèle;
 - e) Accroître chez les intervenants la connaissance des ressources du territoire;
 - f) Développer une approche géronto-gériatrique ou globale;
 - g) Prioriser la clientèle âgée en perte d'autonomie;
 - h) Interrelier et coordonner les activités (processus) des établissements impliqués dans le M.A.D..
- Les priorités de la table

La démarche à suivre pour la détermination des priorités est un processus de prise de décision; il s'agit d'abord de choisir des problèmes et d'en retenir un certain nombre.

Recommandations

Que la table priorise dans un premier temps les problèmes relatifs au manque de concertation et de collaboration entre les établissements identifiés par les intervenants des C.L.S.C.

et des C.H.S.C.D.. Par ailleurs, que les décideurs tiennent compte de l'expertise et des commentaires des représentants des conseils régionaux ayant participé à cette étude avant de déterminer l'ordre de priorités des problèmes.

Que la table de concertation et de coordination M.A.D. détermine les priorités sur lesquelles les gens vont travailler en cours de mandat.

Que les discussions soient orientées vers le comment augmenter la complémentarité des missions et des approches entre les établissements.

Que les collaborateurs travaillent à améliorer entre eux les mécanismes de transfert et de références de cette clientèle.

10.4 La planification structurelle

. La structure hiérarchique de la table

Sous l'autorité hiérarchique de la Régie régionale, les représentants des établissements seront appelés à travailler ensemble selon les critères de regroupement de Mintzberg.

Nous croyons, en effet, que le rapprochement administratif envisagé dans le cadre du projet d'une table de coordination et de concertation M.A.D. répond aux quatre critères de Mintzberg

utilisés par les organisations pour regrouper les positions et les unités.

Ces critères sont:

- 1) l'interdépendance des flux de travail
- 2) l'interdépendance des processus de travail
- 3) le critère d'économie d'échelle
- 4) le critère des relations sociales

L'étude a identifié des faiblesses dans le processus de prestations des services à la personne âgée en perte d'autonomie, liées à l'absence ou à un manque de concertation, de complémentarité entre les établissements (interdépendances dans le travail, le processus de prestation des services et les relations des équipes multidisciplinaires des C.L.S.C. et C.H.S.C.D.).

Le seul critère qui n'a pas été évalué est celui d'économie d'échelle et il nous apparaît logique de croire qu'à partir des duplications de services, des réhospitalisations fréquentes identifiées par l'étude; le regroupement de ces établissements autour d'un projet commun ne peut qu'être rentable pour toutes les organisations faisant partie du regroupement.

La figure 14 nous montre les liens hiérarchiques que prévoit la Loi selon les niveaux d'autorités exercés par le

M.S.S.S. et la R.R.S.S.S. sur le C.L.S.C. et le C.H.S.C.D.. Selon notre proposition et pour les raisons déjà énumérées, nous recommandons que la table et ses sous-comités soient sous l'autorité hiérarchique de la Régie régionale.

La figure 15 démontre les liens hiérarchiques unissant les représentants des établissements à leur conseil d'administration respectif.

10.5 La planification opérationnelle

L'organisation se donne des procédures pour régler son problème de collaboration-concertation (C.L.S.C. et C.H.S.C.D.) qui sont:

- a) un nouveau mode de fonctionnement (système de communication);
- b) une structure organisationnelle.

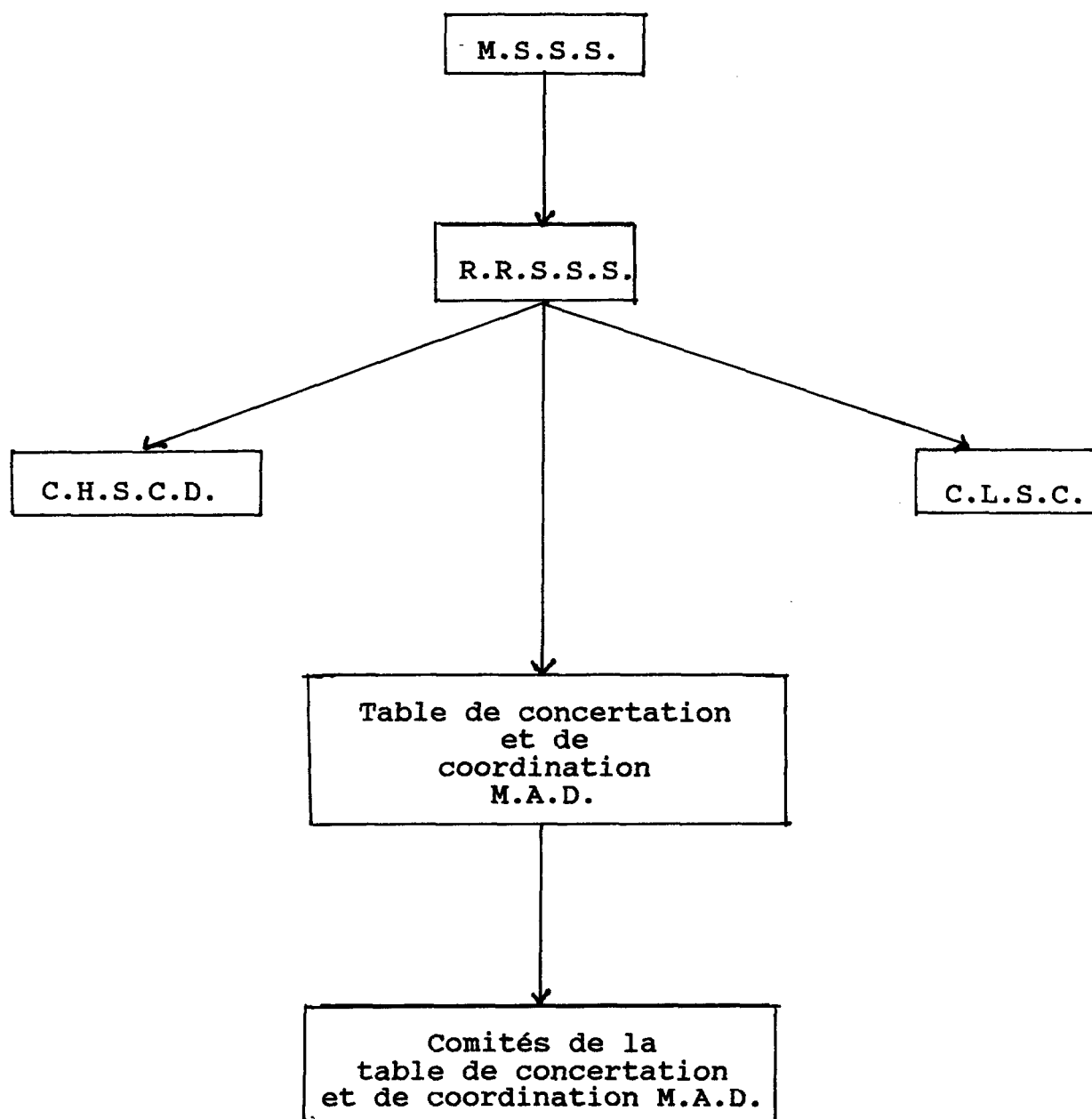
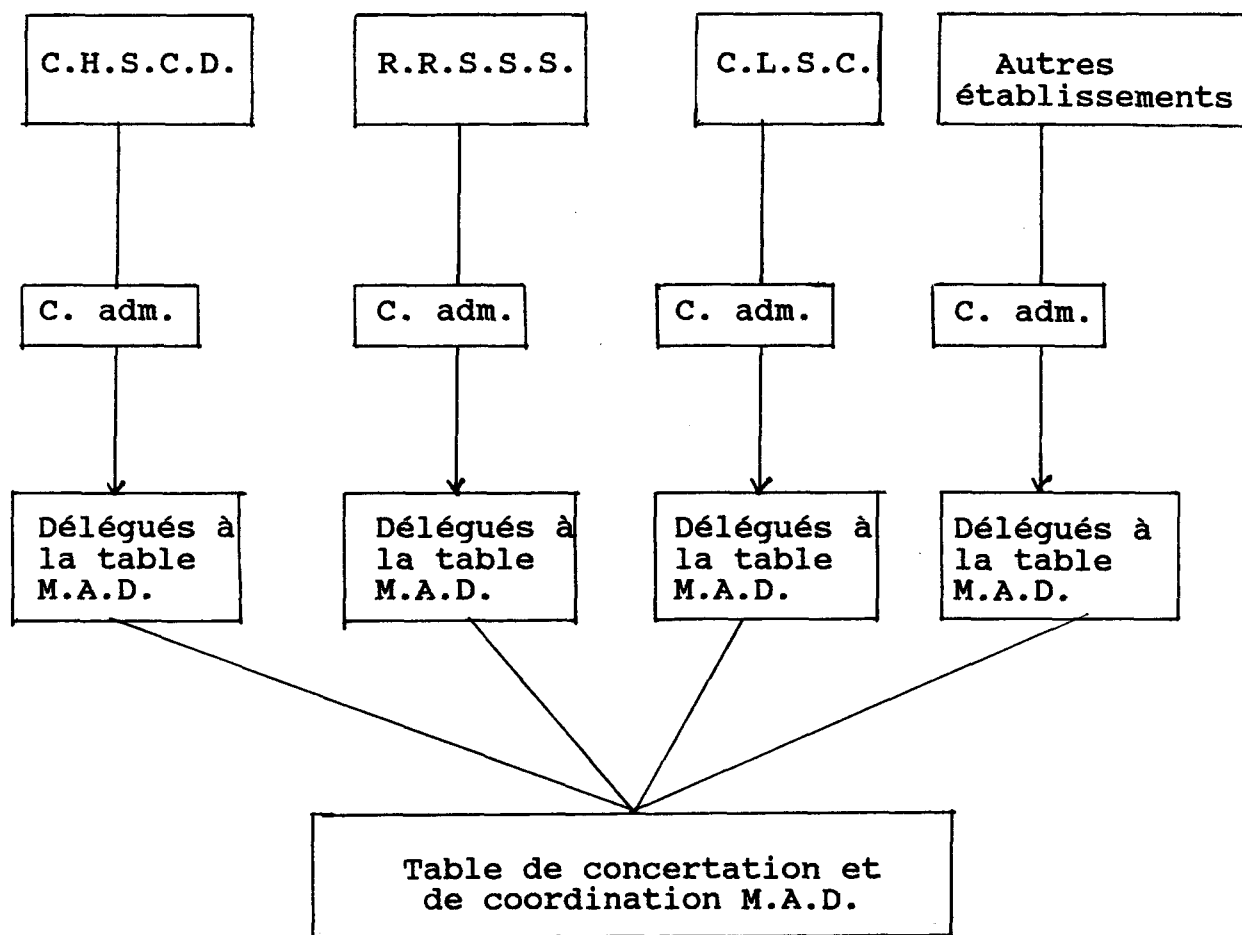
Figure 14Schéma organisationnel de la table M.A.D.

Figure 15

Schéma organisationnel des établissements
représentés à la table M.A.D.



10.5.1 Les moyens

10.5.1.1 Le comité exécutif de la table

- . La gestion de la table de concertation et coordination M.A.D.

La table devra se doter d'une procédure de régie interne (comité exécutif) et définir ses modalités de fonctionnement et celui du comité exécutif afin d'assurer une continuité aux travaux de la table.

La table peut se donner des mécanismes lui permettant de mieux actualiser ses décisions, tels équipe de travail, comité d'orientation, etc.

Le fonctionnement efficace de la table doit être encadré par la signature d'une entente entre les partenaires. (ex. protocole d'entente).

Chaque acteur est responsable du fonctionnement de la table. Comme dans tout projet de changement, la réussite d'un plan d'action prend racine dans la volonté des participants de se doter d'un tel plan, de le promouvoir et de le mettre en service dans les établissements ainsi donc chacun sera imputable de l'atteinte ou non des objectifs visés.

Démarches à entreprendre:

Recommandations

Que le planificateur de la Régie régionale responsable du dossier évalue quelles sont les stratégies les plus pertinentes pour obtenir le support des dirigeants des établissements.

Que le planificateur encourage la concertation entre les directions générales des établissements participants afin qu'ils négocient entre eux, avec la Régie régionale et avec le M.S.S.S., l'obtention de budgets pour la création des projets que la table veut actualiser et/ou le financement nécessaire à l'ajout de ressources professionnelles et matérielles nécessaires à la consolidation de services existants.

. La sélection des stratégies

Une fois que les acteurs ont été identifiés et que l'on connaît leur degré de motivation et de pouvoir, il faut déterminer quelles sont les stratégies les plus pertinentes pour obtenir leur support dans les dossiers et leur participation à la mise en oeuvre des décisions de la table.

Thompson et McEwen identifient deux classes de stratégies, soit la compétition et les stratégies coopératives, c'est-à-dire la négociation, la coopération et la coalition.⁸⁰

10.5.1.2 Les procédures administratives

Les modalités d'échanges avec les différents acteurs concernant leur implication dans le processus de planification et de la mise en oeuvre seront à conclure entre les partenaires.

1) Par le développement d'ententes entre les établissements

Ces ententes viseraient les orientations et le processus de décision concernant la personne âgée en perte d'autonomie.

2) Par l'élaboration de politiques entre les établissements

3) Par l'élaboration de mécanismes de liaison entre les établissements

4) Par l'élaboration de mécanismes d'harmonisation des services entre les établissements.

⁸⁰ Thompson, J.D. and Mc Enven, W.J. Organizational Goals and Environment, Goal-Setting as an Interaction Process, American Sociological Review. Vol. 23, fév. 1958, pp. 25-28.

Recommandations

Nous recommandons au planificateur de la Régie régionale qu'après avoir sélectionné le type de stratégie le plus approprié, il définisse en se basant sur les valeurs et les points de vue des participants, quelle sera l'implication de ces derniers au niveau de la prise de décision ainsi qu'au niveau de la formulation du projet.

Dans un contexte inter-organisationnel, un conflit représente jusqu'à un certain point un phénomène normal et nous avons pu constater lors de notre étude qu'effectivement, il existe entre ces deux types d'établissements, plusieurs insatisfactions de part et d'autre. D'en parler ouvertement pourra être la base d'une discussion pour trouver des solutions qui satisfasse les deux parties.

10.5.1.3 Les buts de la planification

Les attentes des organisations doivent être claires, précises, identifiées et connues des autres établissements participants au projet. Nous croyons que ces conditions favorisent la création du groupe de supporteurs et de mobilisateurs de ressources, puisqu'il y aura alors échange de services dans le sens attendu; faire connaître ses attentes est, par conséquent, essentielles à la réalisation du projet.

10.5.1.4 Utilisation d'un langage commun

. La coordination, la concertation:

Un autre moyen d'atteindre le consensus entre les intervenants passe par une définition commune de ce que les établissements entendent par la coordination et la concertation.

a) Coordonner implique:

- faire une lecture éclairée des besoins des établissements participants, des bénéficiaires, de l'environnement;
- déterminer les services et les outputs à produire pour chacune des organisations, des bénéficiaires et de leur environnement;
- déterminer les activités, les plans d'action, les modes d'intervention pour réaliser ces services;
- déterminer les ressources humaines, financières et physiques requises;
- prendre des décisions sur le fonctionnement de la table;
- s'assurer du contrôle sur les ressources, les activités et les résultats;

- évaluer les résultats et la satisfaction des clients (établissements) et de la clientèle âgée.

b) Se concerter implique:

- Être complémentaire:

Est le mot clé qui confère à ce projet, toute son originalité.

La complémentarité d'un centre hospitalier de soins de courte durée et d'un C.L.S.C. ayant tous deux des missions différentes, mais devant offrir des services à une clientèle commune en perte d'autonomie.

Complémentarité des intervenants de disciplines différentes: ex. médecine, soins infirmiers, services sociaux, etc. favorisent:

- une bonne compréhension des programmes et des services disponibles;
- le travail en circulation;
- la mise à profit de leurs connaissances et de leurs expériences pour répondre adéquatement aux besoins des usagers.

10.5.2 Les ressources

Nous recommandons:

- . La formation d'un groupe de travail (directeurs généraux) chargé de définir:
 - 1) la composition, le fonctionnement et le rôle de l'équipe de gestion entre les établissements; définir le type de postes (les agents de liaison, les cadres intégrateurs) et tâches reliées aux fonctions de coordination, concertation entre les établissements.
 - 2) la composition, le fonctionnement et les rôles de l'équipe multidisciplinaire entre les établissements. La table devrait évaluer les situations et proposer aux établissements sur une base commune des alternatives ou solutions qui lui semblent les plus appropriées aux besoins des établissements et à la satisfaction de la clientèle.
- . La création d'un sous-comité "relations". Ce comité aura pour objectifs:
 - 1) de favoriser les échanges entre les intervenants des différents établissements;

- 2) de cibler les problèmes et les besoins découlant du manque de concertation, complémentarité entre le C.H.S.C.D. et le C.L.S.C., dans le cadre d'application de leurs systèmes-clients, à certaines étapes du processus de dispensation des services à leur clientèle âgée en perte d'autonomie;
- 3) d'identifier les facteurs associés à ces problèmes et besoins;
- 4) d'identifier les conséquences des problèmes pour la clientèle;
- 5) de définir des points forts dans les échanges avec les autres partenaires;
- 6) de proposer des solutions aux problèmes.

. Plan d'action:

Afin d'enclencher rapidement la démarche, nous suggérons lors de la première rencontre des intervenants d'utiliser le rapport de l'étude évaluative des chercheurs du M.S.S.S. comme base de discussions.

Nous suggérons également des rencontres simultanées des médecins (des C.L.S.C. et C.H.S.C.D) des départements concernés par un projet commun à soumettre aux C.M.D.P. de chacun des centres participants; ces derniers en feront l'étude pour

ensuite recommander aux conseils d'administration de l'accepter avec ou sans modification.

Nous recommandons donc:

- 1) l'organisation d'activités d'échanges qui permettrait aux intervenants incluant les médecins de partager leurs expériences, de se familiariser avec les moyens mis de l'avant par divers milieux et de trouver ensemble une solution aux problèmes que cause la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Ces activités pourraient viser des objectifs d'information, de sensibilisation, de formation et de motivation.
- 2) la prise de décisions en groupe - les méthodes de discussions suggérées sont celles de la décision en groupe; car la discussion et le partage de l'information en constituent les éléments de base favorisant le consensus. Ce consensus pourrait conduire à des recommandations à la table.

10.5.3 L'organisation

- Un projet commun

Voici quelques-uns des dossiers qu'il serait intéressant pour les organisations d'explorer ensemble:

- . Mécanismes d'harmonisation de services entre les établissements
- . Mécanismes de liaison entre les établissements
- . Suivi systématique de la clientèle âgée en perte d'autonomie
- . Politiques et procédures lors de transferts d'un bénéficiaire
- . Modèle de coordination des services entre les établissements (plan de services individualisé)
- . Comité d'orientation de la clientèle
- . Mécanismes de transmission d'information sur les services et ressources offerts par les établissements
- . Formation pour le personnel sur la personne âgée

Conception du projet

Réflexions sur certains éléments du plan d'action

- . L'équipe de gestionnaire entre les établissements garantirait la mise en place de mécanismes de liaison permettant à la clientèle de recevoir une évaluation globale, objective, adéquate et rapide de ses besoins spécifiques et permettrait une orientation vers le programme le plus approprié en assurant une utilisation optimale des dits programmes.

- . La mise en place de modalités de fonctionnement entre les établissements éviterait les retards d'orientation, les lourdeurs administratives et les congés sans préparation.
- . La qualité d'évaluation et d'orientation préviendrait les hospitalisations inutiles en C.H.S.C.D. ou bien les réhospitalisations à répétition et les demandes de placement trop rapides.
- . Le concept de l'équipe multidisciplinaire entre les établissements mérite d'être exploré puisqu'il pourrait s'appliquer à plusieurs niveaux d'un réseau intégré de soins et services à la personne âgée.

Les objectifs du plan d'action

a) Généraux:

1. Être un instrument spécifique de concertation et de complémentarité de services;
2. Améliorer la qualité et la quantité de services disponibles aux usagers;
3. Maintenir et/ou favoriser le processus de récupération de la clientèle dans son milieu naturel ou dans un milieu substitut;

4. Favoriser l'actualisation du programme régional d'organisation de services aux personnes âgées en perte d'autonomie sur le territoire.

b) Spécifiques:

1. Déterminer les outils d'évaluation communs afin de parvenir à une évaluation précoce et globale de la clientèle cible;
2. Définir des modalités de référence afin d'orienter la clientèle vers le programme ou le service le plus approprié à ses besoins et à ses attentes;
3. Favoriser le maintien à domicile de la clientèle par l'optimisation du potentiel de récupération de son autonomie et/ou par l'organisation de services lui permettant de maintenir son autonomie;
4. Utiliser les ressources disponibles de façon rationnelle et concertée;
5. Systématiser et utiliser le plan de service selon les ressources disponibles;
6. Proposer à la Régie régionale les priorités de développement régional compte tenu des ressources disponibles;

7. Collaborer avec la Régie régionale de son territoire à l'élaboration et à la mise en oeuvre des plans d'organisation de services.
8. Créer des mécanismes d'harmonisation de services entre les établissements qui faciliteraient la transition du client vers sa nouvelle ressource et pourrait remédier à l'éventualité de la non-disponibilité immédiate d'une place dans les divers programmes. Tout délai devra être évité entre l'évaluation des besoins et l'admission dans le programme désigné.

10.5.3.1 L'implantation

Conditions requises à la phase d'implantation pour que les actions de la table soient efficaces et efficientes.

1. Élaboration de priorités:

- qui tiennent compte de la conjoncture économique actuelle où les besoins sont en expansion et les moyens limités;
- qui tiennent compte des besoins les plus pressants des établissements ainsi que de la pertinence et de la faisabilité de diverses mesures dans les régions;
- qui respecte le rythme et les appréhension des organisations.

2. Élaboration d'un mode de fonctionnement selon lequel:

- des encouragements sont donnés aux intervenants;
- les règles du jeu et les mécanismes sont connus des intervenants;
- des mandats réalistes et réalisables sont proposés aux établissements;
- les solutions et les priorités sont déterminées en respectant les missions, les possibilités financières et humaines des établissements participants.

10.5.3.2 L'évaluation

Le cadre conceptuel que nous suggérons pour l'évaluation des projets de la table est le même que celui proposé par Pineault & Daveluy pour l'évaluation des programmes de santé.⁸¹

Il tente de répondre aux trois questions suivantes:

- 1) Qui sont les bénéficiaires visés par le projet?
- Population cible
 - Clientèle
 - Individus

⁸¹ Tiré de: Pineault, R. et Daveluy, C. La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies, Montréal: Agence d'Arc, 1986, p. 417.

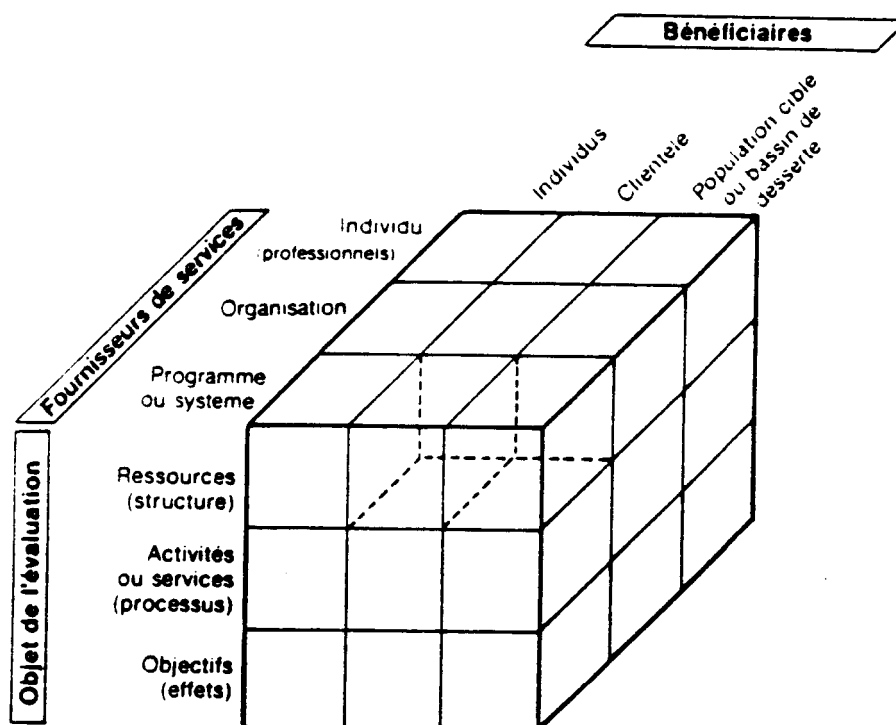
- 2) Qui sont les fournisseurs de services?
 - Individus (professionnels)
 - Organisation
 - Programme ou système

- 3) Sur quels objets du projet l'évaluation doit-elle porter?
 - Ressources (structure)
 - Activités ou services (processus)
 - Objectifs (effets)

La figure 16 présente le cadre de référence pour l'évaluation des projets de la table.

Figure 16

Cadre de référence pour l'évaluation des projets de la table de concertation et de coordination M.A.D.



Modifié et adapté d'après Donabedian A., *Exploration in Quality Assessment and Monitoring*, vol. 1: *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1980, p. 17.

Extrait de: Pineault, R. et Daveluy, C. La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies, Montréal: Agence d'Arc, 1986, p. 417.

10.6 Identification des changements souhaités entre les organisations et dans l'environnement

Dans leur étude évaluative, les chercheurs du M.S.S.S.⁸² ont dégagé certaines voies d'action prioritaires; nous ne retiendrons que celles ayant rapport avec la problématique étudiée pour définir les changements désirés.

Nous les énonçons comme suit:

1. renforcer une concertation régionale et sous-régionale plus grande

Les chercheurs du M.S.S.S. mentionne:⁸³

il apparaît urgent de mettre au point des mécanismes concrets pour réduire les cloisonnements, favoriser la complémentarité et la concertation entre les établissements et les organismes, faciliter le partage des ressources et intégrer des secteurs tels que l'habitation et le transport.

2. une amélioration du processus décisionnel de prestation des services à la clientèle âgée en perte d'autonomie

⁸² Trahan, L., Bélanger, L. et Bolduc, M. Une évaluation de la prestation de services dans les C.L.S.C. et les Centres hospitaliers pour des services de qualité aux personnes âgées en perte d'autonomie, M.S.S.S., 1993.

⁸³ Ibid., p. 201.

En effet, dans un contexte de relative rareté des ressources, il est essentiel que tout le processus de prise de décision soit amélioré de façon à être plus efficace et plus efficient.

Cette étude du M.S.S.S. a permis d'identifier cinq aspects où des actions doivent être entreprises soit:⁸⁴

- Systématiser le travail en équipe interdisciplinaire;

le travail en équipe interdisciplinaire doit devenir plus systématique lorsqu'il s'agit de déterminer les services requis, d'élaborer les plans de services et d'orienter la clientèle qui fait face à des situations suffisamment complexes.

- Développer et harmoniser les outils d'évaluation;

de façon à favoriser à la fois le travail en équipe interdisciplinaire et la transmission de l'information, il y a lieu de poursuivre des travaux et des expériences en vue d'en arriver à un outil d'évaluation multidimensionnel qui puisse être utilisé par l'ensemble des intervenants de tous les établissements.

- Donner plus de pouvoir à la clientèle;

il est essentiel de donner une place beaucoup plus importante aux clients incluant leurs proches dans les décisions qui les concernent. Malgré les

⁸⁴ Trahan, L., Bélanger, L. et Bolduc, M. Une évaluation de la prestation de services dans les C.L.S.C. et les Centres hospitaliers pour des services de qualité aux personnes âgées en perte d'autonomie, M.S.S.S., 1993, pp. 202-203.

10.7 Les limites de la table de concertation et coordination M.A.D.

. Les facteurs de faisabilité

Le choix et la mise en application du modèle organisationnel proposé sont en fonction de limites et d'opportunités propres à chaque région et à chaque établissement.

La taille des établissements, les caractéristiques de la clientèle (le nombre de personne aux prises avec des problèmes de transfert entre les établissements, l'ampleur du problème pour le C.L.S.C. et pour le C.H.S.C.D.), la disponibilité des ressources humaines et financières, l'accès à des ressources spécialisées, les valeurs du milieu, le climat organisationnel de chaque établissement participant, comptent parmi les facteurs qui conditionnent le choix des moyens à prendre pour adapter le processus de prestation de services aux besoins de la clientèle particulièrement à la phase de prise de décision et d'orientation.

Considérant l'ensemble des facteurs identifiés, il est prévisible que le modèle de collaboration proposé ne s'applique pas de façon intégrale et qu'il fasse l'objet de variantes compte tenu des particularités locales.

En effet, nous croyons que les établissements ont déjà entrepris, selon leurs possibilités, d'adapter leurs services à la clientèle âgée en perte d'autonomie. Par ailleurs, considérant que les personnes âgées deviendront les usagers majoritaires des C.L.S.C. et des C.H.S.C.D. d'ici quelques années, nous croyons que ce mouvement mérite d'être intensifié et supporté auprès des établissements dans le sens d'un développement organisationnel.

CONCLUSION

CONCLUSION

L'expérience vécue par la chercheure dans le cadre de cette recherche aura été enrichissante à plus d'un point de vue.

Sur le plan méthodologique, il s'agissait de mettre en pratique des connaissances et une méthodologie de diagnostic organisationnelle apprise durant la formation académique. La méthode privilégiée dans cette recherche a été empruntée à la méthodologie de P.B. Checkland. Elle est connue sous le nom de "diagnostic-intervention associé au diagnostic organisationnel et à la recherche-action". Nous avons utilisé comme guide, l'ouvrage de synthèse du professeur Paul Prévost de l'UQAC dans la mise en application de cette méthode de recherche.

Au départ, notre mandat était de vérifier et valider auprès des établissements (C.L.S.C. et C.H.S.C.D.) comment ils travaillent ensemble de façon complémentaire et concertée. Notre sujet de recherche étant la concertation entre les C.L.S.C. et les C.H.S.C.D. pour accroître leur complémentarité

et améliorer les services à la clientèle âgée en perte d'autonomie.

Cependant, notre objectif sous-jacent était de parvenir à une connaissance approfondie de la réalité et des particularités des établissements en cause.

Pour identifier les problématiques, il nous a fallu poser un diagnostic. Celui-ci était l'assise de notre mandat, c'est pourquoi nous lui avons consacré beaucoup d'énergie. Bien que nous possédions des données suffisantes pour faire ressortir les problèmes internes de chacune des organisations sous étude, nous affirmons qu'il n'était nullement dans notre intention de le faire.

La méthodologie utilisée nous a permis de réaliser ces objectifs en faisant participer certains acteurs au processus et en soumettant régulièrement nos réflexions et constats à des personnes issues de ces milieux.

La méthodologie de Checkland n'est pas unique. Par ailleurs, elle possède les caractéristiques nécessaires pour être applicable à plusieurs situations. Elle facilite aussi une adaptation en cours de mandat.

Plusieurs éléments tels que la Loi qui nous occupe, les délais inhérents à son application, les contraintes organisationnelles internes et externes et plusieurs autres

facteurs déjà mentionnés, étaient incontournables. Il nous fallait travailler avec ces inconvénients.

Grâce à cette méthode, nous étions continuellement obligés d'examiner tous ces éléments dans leurs interrelations et leur globalité.

À travers cette recherche, nous avons beaucoup appris. Celle-ci nous a permis de connaître davantage les acquis des établissements, leur environnement, leur fonctionnement, leurs caractéristiques et les relations entre les C.H.S.C.D. et les C.L.S.C.. Ce fut l'occasion, pour la chercheure, de concevoir et de proposer un système de solution de problème.

C'est sur le plan conceptuel que l'expérience vécue aura été le plus enrichissante. En effet, elle aura été l'occasion pour la chercheure de consolider et d'appliquer certains concepts reliés à la structure et à la gestion des organisations. Il nous a fallu projeter une organisation regroupée dans ses activités destinées à la personne âgée, avec tous les impondérables, mais aussi en imaginant les difficultés à contourner et les critères de succès à établir.

Par la planification stratégique et structurelle, nous avons voulu faire ressortir deux notions importantes de gestion, soit la planification et l'évaluation:

- . la planification, pour diriger l'organisation dans le sens d'un développement organisationnel de ses valeurs, ses orientations et pour définir ses priorités et ses objectifs;
- . l'évaluation, pour vérifier l'atteinte des objectifs, des résultats attendus et au besoin, réorienter les mandats et les priorités en fonction des résultats espérés.

Pour parachever cette recherche, selon la méthodologie utilisée, il nous faudrait faire l'implantation du plan d'organisation et y apporter les ajustements nécessaires.

Les nouvelles fonctions assumées par les Régies régionales dans le cadre de la Loi, demandent un étalement dans son application de plus les exigences universitaires de la chercheure (août 1995); nous obligent à ne faire que quelques recommandations quant à la mise en place du plan d'action suggéré aux établissements. Le fait que nous avons fait notre travail de recherche au niveau de C.L.S.C. et de C.H.S.C.D., de plusieurs régions administratives et que chacune évolue selon son propre rythme, nous n'avons pas jugé opportun de présenter un calendrier d'implantation.

Les connaissances acquises tout au long de cette recherche sont inestimables. Nous souhaitons que notre travail, par les principes qu'il véhicule et les pistes d'actions qu'il développe, fera office de cadre de référence pour les décideurs

des organisations. Nous espérons qu'il servira à améliorer la qualité et la quantité des services dispensés par les C.L.S.C. et les C.H.S.C.D., à leur clientèle âgée en perte d'autonomie et ainsi favoriser la récupération et/ou le maintien de l'autonomie des aînés désirant vivre à domicile.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

- Ackoff, R.L. Redesigning the Futur: A System Approach to Societal Problems, Wiley Interscience Pub., 1974.
- Aktouff, Omer. Le management entre la tradition et le renouvellement, Gaëtan Morin, 1989, 146 pages.
- Auclair, Michèle. Un cadre méthodologique pour l'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan régional d'organisation de services aux personnes âgées, Ste-Foy: ENAP, 1989, 218 pages.
- Barnoid, Louise. L'évaluation quantitative des résultats des programmes de longue durée sur la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées en perte d'autonomie, M.S.S.S., 1993, 109 pages.
- Béland, F. Les principaux résultats de l'analyse de trois échantillons de personnes âgées du Québec, et quelques recommandations, Québec, Ministère des affaires sociales, Direction de l'évaluation des programmes, 1981, 153 pages.
- Bélanger L. et autres. Les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission: description de la clientèle et évaluation du processus décisionnel, Québec, M.S.S.S., Direction de l'évaluation, 1991, 95 pages.
- Bennis, W.G. Organisation Development: its nature origins and prospects, Addison-Wesley Pub. Co. Reading, Mass., 1969.
- Bergeron, Pierre, G. La gestion dynamique, concepts, méthodes et applications, Gaëtan Morin, 1986.
- Blake, R.R. et Mouton, J.S. Les deux dimensions du management, Les Éditions d'Organisation, Paris, 1969.
- Brunelle, Y. De la qualité des soins et des services, M.S.S.S., Direction générale de la planification et de l'évaluation, Québec, 1991.
- Brunet, Luc. Le climat organisationnel: Mythe ou réalité, Revue de la documentation, ENAP, note de cours.
- Capitman, J. and al. Case management approaches in coordinated care demonstration, in the Gerontologist, 1986.
- Campion and al. An interdisciplinary geriatric consultation service: a controled trial, in Journal of the American Geriatrics Society, 1983.

Bibliographie (suite)

- Crozier, Michel et Friedberg, Erhard. L'acteur et le système, Seuil, 1977, 436 pages.
- Deber, R. B. The determinants of treatment choice in end-stage renal disease: can we generalize about decision making from specific studies? in Medical Decision Making, 1986.
- Eggert, G.M. and al. Models of intensive case management, in Journal of Gerontological Social Work, 1990.
- Fretwell, M.D. et autres. The senior care study - A controlled trial of a consultative/unit-based geriatric assessment program in acute care, in Journal of the American Geriatrics Society, 1990.
- Gouvernement du Québec. Loi sur les services de santé et les services et modifiant diverses dispositions législatives, Éditions spéciales, Projet de loi 120, L.Q. 1991, C. 42 [L.R.Q., C.S.-5.1], 1992, 458 pages.
- Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport de la Commission Rochon, 1990, 686 pages.
- Gouvernement du Québec. M.S.S.S. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Rapport complet du groupe stratégique des urgences (GSU). Les urgences au Québec, Québec, juin 1992, 91 pages.
- Gouvernement du Québec. M.S.S.S. Rapport de la 1ère année d'activité du groupe tactique d'intervention sur les urgences, Québec, 24 mai 1991.
- Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Une réforme axée sur le citoyen, Le Ministre Marc-Yvan Côté, le 7 décembre 1990, 91 pages et annexes.
- Gouvernement du Québec. M.S.S.S. L'organisation et la dispensation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie par les C.L.S.C. et les Centres hospitaliers, devis d'une étude évaluative, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Québec, 1991, 53 pages et annexes.
- Gouvernement du Québec. M.S.S.S. L'évaluation quantitative des résultats des programmes de longue durée sur la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées en perte d'autonomie, Québec, 1993, 109 pages.

Bibliographie (suite)

- Gouvernement du Québec. M.S.S.S. Une évaluation de la prestation de services dans les C.L.S.C. et les Centres hospitaliers pour des services de qualité aux personnes âgées en perte d'autonomie, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Québec, 1993, 209 pages et annexes.
- Gouvernement du Québec. M.S.S.S. Synthèse d'un programme d'évaluation sur la réponse aux besoins de longue durée des personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles, Québec, 1994, 55 pages.
- Grandmaison, A. et Gosselin, C. Recension des écrits: évaluation des ressources alternatives à l'institutionnalisation des personnes âgées, Tome 1 - évaluation des systèmes de coordination des ressources alternatives pour les personnes âgées, Montréal, Centre des services sociaux du Montréal métropolitain, 1986, 70 pages.
- Harnois, G. Pour un partenariat élargi, Québec, Gouvernement du Québec, 1985.
- Joubert, P. et autres. Évaluation du programme québécois de services intensifs de maintien à domicile (SIMAD), Ste-Foy, Centre de recherche du CHUL, 1991, 137 pages et annexes.
- Kast, F.C. et Rosenzweig, J.C. Organization and Management: A Systems and Contingency Approach, New-York: McGraw-Hill Book Company, 1985, 644 pages.
- Kemper, P. The evaluation of the national long term care demonstration in Health Services Research, 1988.
- Labie, J-F. La dynamique des organisations, Direction et gestion, no 2, 1975.
- Laflamme, M. Diagnostic organisationnel et stratégies de développement: une approche globale, Montréal, Éditions Gaëtan Morin, 1977, 224 pages.
- Lagacé, O. État de situation sur l'utilisation d'une grille unique d'évaluation en maintien à domicile, Montréal, Conseil de la Santé et des Services sociaux de Montréal métropolitain, 1990.
- Lalande, J.M. Introduction au management, Cahier de session de l'ENAP, 1977.

Bibliographie (suite)

- Langevin, J.L., Tremblay R., Bélanger L. La direction participative par objectifs, Centre de formation et de consultation (C.F.C.), Les Presses de l'Université Laval, Québec, 1979.
- Lebeau, A. et Deschamps D.L. L'aide à domicile dans le territoire de Maisonneuve-Rosemont: un suivi de la demande, Cahier 3: analyse de la prise de décision dans le contexte des services d'aide à domicile, Montréal, Département de santé communautaire Maisonneuve-Rosemont, 1984, 158 pages.
- Lebeau, A. et Gendreau, C. Développement de la coordination des services à la personne âgée dans le réseau public et parapublic du Haut-Richelieu: une évaluation concomitante, St-Jean-sur-le-Richelieu, D.S.C. du Haut-Richelieu, 1987, 188 pages et annexes.
- Lefton, E. and al. Success with in patient geriatric unit: a controlled study of outcome and follow up, in Journal of the American Geriatrics Society, 1983.
- L'Ecuyer, R.. L'analyse de contenu: notions et étapes, dans Desaulniers J.P.: Les méthodes de la recherche qualitative, Québec, PUQ, 1987.
- Lincoln, Y.S. and Guba G. Naturalistic Inquiry, Beverly Hills, Sage Publications, 1985, 416 pages.
- Martinet, A.C. et Petit, G. L'entreprise dans un monde en changement, Éditions Ouvrières du Seuil, 1982, 385 pages.
- Miles, M.B. and Huberman A.M. Qualitative data analysis, Beverly Hills Sage Publications, 1984, 262 pages.
- La Direction des Services hospitaliers et le Ministère des Affaires sociales. Réseau de services intégrés pour les bénéficiaires de soins prolongés, Québec, 1982, 125 pages.
- Mintzberg, Henry. Structure et dynamique des organisations, Les Éditions d'organisation, 1982, 434 pages.
- Ouellet, J.-P. et Quenneville, A. Programmes des équipes ambulatoires de psychogériatrie, profil de la clientèle et de l'utilisation des services, Québec, Conseil de la santé et des services sociaux de Québec, 1989, 35 pages.

Bibliographie (suite)

- Patton, M.Q. How to use qualitative methods in evaluation, Beverly Hills, Sage Publications, 1988, 176 pages.
- Pawlson, L.G. Hospital length of stay of frail elderly patients. Primary care by general internists versus geriatricians, in Journal of the American Geriatrics Society, 1988.
- Payette, A. Devenir gestionnaire, note de cours de l'ENAP. 1983, 176 pages.
- Payette, A. Qu'est-ce qu'une organisation, Notes de cours, tiré d'un article publié en septembre-octobre par l'École nationale d'administration publique, 1980, 8 pages.
- Pineault, R. et Daveluy, C. La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies, Montréal, Agence d'Arc, 1986, 480 pages.
- Prévost, Paul. Le diagnostic-intervention: une approche systémique au diagnostic organisationnel et à la recherche-action, LEER, 1983, 92 pages.
- Quartararo, M. and O'Neill, T.J. Nursing home admissions: the effect of a multidisciplinary assessment team on the frequency of admission approvals, in Community Health Studies, 1990.
- Riverin, A. et autres. Le management des affaires publiques, Chicoutimi, Gaëtan Morin éditeur, 1984.
- Rubinstein and al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial, in New England Journal of Medicine, 1984.
- Schaefer, M. L'administration des programmes de salubrité de l'environnement: approche systémique. Organisation mondiale de la santé, Genève, 1975, p. 130.
- Thompson, J.D. and Mc Enven, W.J. Organizational Goals and Environment, Goal-Setting as an Interaction Process, American Sociological Review, Vol. 23, fév. 1958.
- Thouez, J.P. Organisation spatiale des systèmes de soins, Montréal, les Presses de l'Université de Montréal.
- Trahan, L. et autres. Une évaluation de la prestation de services dans les C.L.S.C. et les Centres hospitaliers pour des services de qualité aux personnes âgées en perte d'autonomie, Québec, M.S.S.S., Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1993, 209 pages et annexes.

Bibliographie (suite)

- Trahan, L. et autres. L'organisation et la dispensation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie par les C.L.S.C. et les Centres hospitaliers, devis d'une étude évaluative, Québec, M.S.S.S., Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1991, 53 pages et annexes.
- Tremblay, J.L. et autres. La direction participative par objectifs. Centre de formation et de consultation (C.F.C.), Les Presses de l'Université Laval, Québec, 1979.

AUTRES DOCUMENTS CONSULTÉS

Autres documents consultés

Actes du IV^{ème} Congrès international francophone de gérontologie, sous la Direction de Hébert, Réjean. Interdisciplinarité en gérontologie, Montréal 30 septembre au 3 octobre 1990, Les Éditions Edisen, St-Hyacinthe, Québec et Maloine S.A. Paris, 568 pages.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Problématiques et enjeux, Québec: Les Publications du Québec, 1987, 221 pages.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Dossier "Personnes âgées", Programme de consultation d'experts, 1987, 193 pages.

Garant, Louise. Synthèse d'un programme d'évaluation sur la réponse aux besoins de longue durée des personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles, Gouvernement du Québec, M.S.S.S., Direction générale de la planification et de l'évaluation, février 1994, 55 pages.

Garant, Louise et Bolduc, Mario. L'aide par les proches: Mythes et réalités, Gouvernement du Québec, M.S.S.S., Direction de la planification et de l'évaluation, juin 1990, 140 pages.

Gouvernement du Québec, M.A.S.. Un nouvel âge à partager: politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées, Québec, 1985, 61 pages.

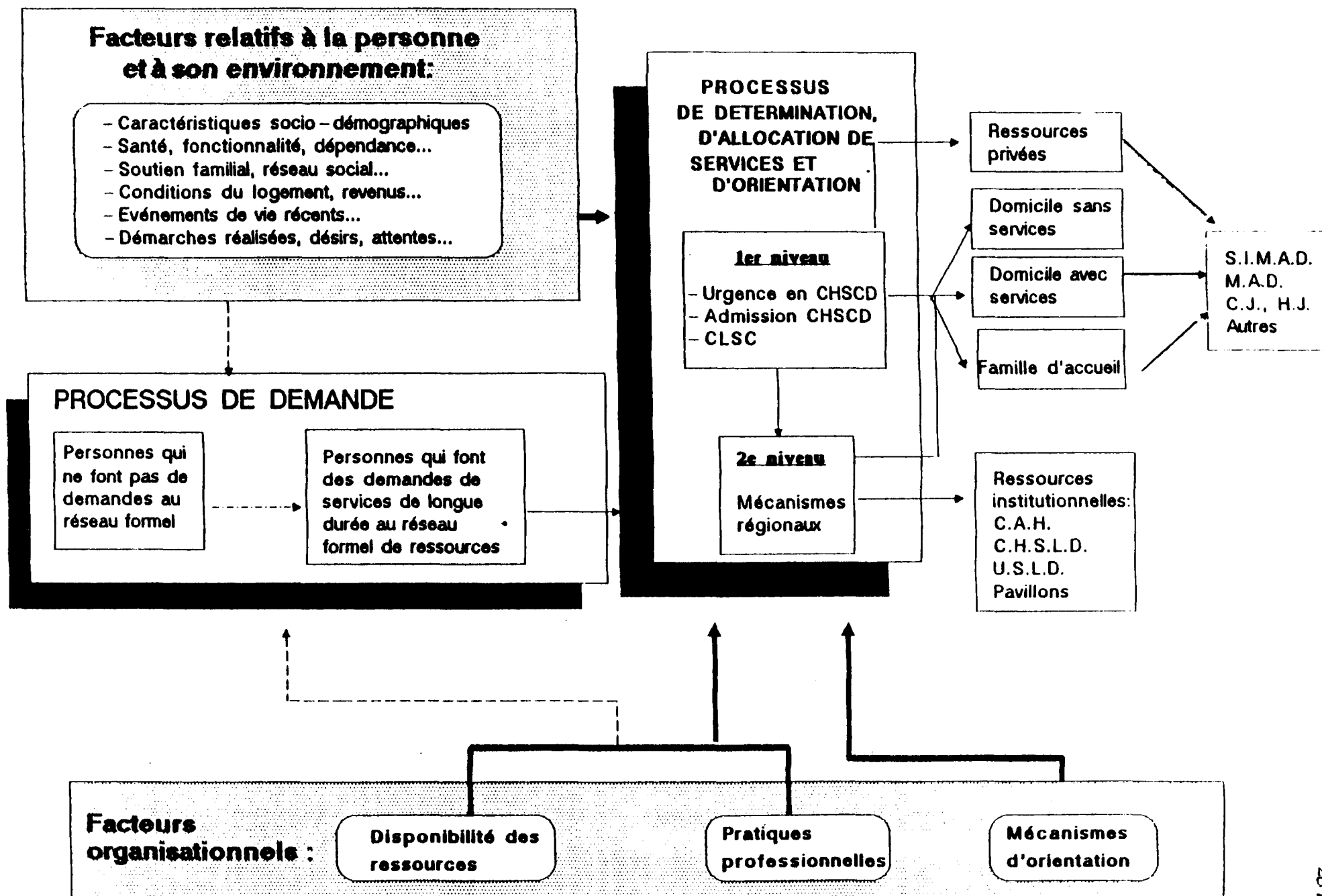
Gouvernement du Québec, M.S.S.S.. Orientations pour améliorer la santé et le bien-être au Québec, Québec, 1989a, 145 pages.

Nadon, Michelle et autres. Suivi systématique de clientèles, Expériences d'infirmières et recension des écrits, Ordres des infirmières et infirmiers du Québec, Bibliothèque nationale du Québec, 1993, 141 pages.

ANNEXE I

MODÈLE CONCEPTUEL DU PROGRAMME D'ÉVALUATION SUR LA RÉPONSE AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

Modèle conceptuel du programme d'évaluation sur la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie



ANNEXE II

**QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX
COORDONNATEURS DE MAINTIEN À DOMICILE
DANS LES C.L.S.C.**

ANNEXE II**ÉVALUATION DES MÉCANISMES D'ACCÈS ET DES MÉCANISMES DE SUIVI
DES PERSONNES ÂGÉES AYANT DES BESOINS DE LONGUE DURÉE****QUESTIONNAIRE ADRESSÉ À LA PERSONNE RESPONSABLE
DE L'ÉTUDE AU C.L.S.C.****RENSEIGNEMENTS FACTUELS SUR L'ORGANISATION DES SOINS ET DES
SERVICES DE LONGUE DURÉE AUX PERSONNES ÂGÉES
EN PERTE D'AUTONOMIE**

NOM DU C.L.S.C.: _____

NOM DU RÉPONDANT OU DE LA RÉPONDANTE: _____

1. Cocher les types de services offerts dans le programme de maintien à domicile du C.L.S.C. pour les personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque (Les décrire brièvement et annexer les documents pertinents):

- services médicaux ()
- soins infirmiers ()
- aide à domicile:
 - a) aide personnelle (soins d'hygiène, habillage, transport) ()
 - b) aide domestique (entretien ménager, courses) ()
 - c) préparation des repas ()
- service de gardiennage ()
- services de physiothérapie ()
- services d'ergothérapie ()
- aide civique (budget, formulaires, etc.) ()
- support moral ()
- autres services sociaux (spécifier) ()
- support aux aidants naturels ()
- services socio-communautaires ()
- fourniture et prêt de matériel ()
- service 24/7 ()
- services de répit et de dépannage ()
- liens avec organismes communautaires et services bénévoles ()
- autres: spécifier ()

2. Parmi les autres services du C.L.S.C., (autres que le programme de maintien à domicile), existe-t-il des services ou des activités s'adressant aux personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de l'être? (Par exemple, vaccins contre l'influenza, autres activités préventives et communautaires). Si oui, les décrire brièvement et annexer les documents pertinents.

3. Le C.L.S.C. utilise-t-il l'allocation directe pour le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie?

oui () non ()

Si oui, pour quels services?

Y a-t-il un protocole qui en règlemente l'utilisation? Si oui, expliquer.

4. Quels sont, s'il y a lieu, les critères officiels d'admission des personnes âgées en perte d'autonomie aux programmes suivants:

M.A.D. régulier:

S.I.M.A.D.:

5. Quels sont, s'il y a lieu, les critères de priorisation pour l'accès à ces deux programmes? (annexer les documents, s'il y a lieu).

6. a) Quelle est la composition de l'équipe de base de maintien à domicile? (nombre d'intervenants dans chaque catégorie)

b) Indiquer le nombre de jours/personne travaillés par catégorie d'intervenants.

7. Selon quel horaire (nb. de jours/semaine et horaire quotidien) les services suivants sont-ils disponibles?

- services d'accueil du C.L.S.C.: _____
- services téléphoniques du C.L.S.C.: _____
- services infirmiers: _____
- services d'aides familiales: _____

8. Est-ce que la réceptionniste a une fonction d'orientation des demandes des personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque à l'intérieur ou à l'extérieur du C.L.S.C., sans passer par un professionnel?

intérieur: oui () non ()

extérieur: oui () non ()

Si non, y a-t-il un service général d'évaluation préliminaire sociale ou sanitaire, sans rendez-vous (intake)?

oui () non ()

9. Y a-t-il des demandes pour lesquelles la réceptionniste peut donner une réponse et quelles sont-elles?

Si oui, existe-t-il une procédure particulière pour faire la pré-sélection? (La décrire brièvement et annexer les documents s'il y a lieu).

10. a) Faite-vous habituellement une évaluation systématique à l'entrée des personnes âgées en perte d'autonomie dans le programme de maintien à domicile pour:
- soins à domicile
 - aide à domicile
- b) Qui réalise ces évaluations? (préciser)
- soins à domicile
 - aide à domicile
- c) Quels outils sont utilisés? (Par exemple, C.T.M.S.P., C.T.M.S.P. modifié, grille maison, S.M.A.F., etc. les annexer)
- soins à domicile
 - aide à domicile
11. Qui est habituellement impliqué dans la décision de faire une demande d'hébergement?

12. Cette décision se prend-elle toujours dans le cadre de rencontres d'équipe statutaires?

13. Comment se fait la prise de décision concernant l'allocation d'aide à domicile? (décisions concernant le type de services, la fréquence, l'intensité). Préciser quels professionnels sont impliqués dans la détermination des services, quels outils ou grilles sont utilisés?

14. Utilisez-vous une forme de plan de services qui prend en compte:

() - les services offerts par le programme de maintien à domicile du C.L.S.C.

() - l'ensemble des services offerts par votre C.L.S.C.

() - autant les services offerts par le C.L.S.C. que par d'autres établissements. (Cocher le type ou les types utilisés et annexer un exemple)

Si oui, qui l'élabore?

15. Y a-t-il toujours désignation d'une personne responsable?

. de la coordination et du suivi du plan d'intervention du C.L.S.C. pour chaque client (à l'intérieur du C.L.S.C.)

. de la coordination et du suivi du plan de services pour chaque client (à l'extérieur du C.L.S.C.)

Si oui, qui assume ces fonctions?

16. Existe-t-il un protocole d'entente entre le C.L.S.C. et l'hôpital ou les hôpitaux du territoire concernant la clientèle âgée? (exemples: pour les références, l'accès aux unités d'évaluation gériatrique, le suivi médical, les réhospitalisations...)

oui () non ()

Décrivez-nous brièvement les principaux éléments et annexer tout document pertinent s'il y a lieu.

Si non, existe-t-il des mécanismes d'entente informels?

17. Le C.L.S.C. a-t-il désigné une ou des personnes pour assurer la liaison avec les autres ressources?

oui () non ()

Si oui, à qui incombe cette responsabilité?

N'oubliez pas d'annexer la documentation pertinente (ex. description des services ou programmes, critères d'admission, de priorisation, d'exclusion, grilles d'évaluation, procédures diverses, plan d'intervention, plan de services, etc.).

ANNEXE III

**QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX RESPONSABLES
DES SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES DANS LES
CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS DE
COURTE DURÉE (C.H.S.C.D.)**

ANNEXE III**ÉVALUATION DES MÉCANISMES D'ACCÈS ET DES MÉCANISMES DE SUIVI
DES PERSONNES ÂGÉES AYANT DES BESOINS DE LONGUE DURÉE****QUESTIONNAIRE ADRESSÉ À LA PERSONNE RESPONSABLE
DE LA RECHERCHE EN C.H.S.C.D.****RENSEIGNEMENTS FACTUELS SUR L'ORGANISATION DES SOINS ET
SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE
OU À RISQUE DE L'ÊTRE**

NOM DU C.H.S.C.D.: _____

NOM DU RÉPONDANT OU DE LA RÉPONDANTE: _____

1. Quelles sont les ressources gériatriques disponibles pour la clientèle cible dans votre établissement?

	oui	non
- Unité de soins de longue durée ou unités de soins prolongés	()	()
- Unité de courte durée gériatrique (U.C.D.G.) ou unité de gériatrie active (évaluation traitement, suivi des personnes âgées)	()	()
- Unité de moyen séjour de réadaptation gériatrique	()	()
- Hôpital de jour	()	()
- Équipe de consultation gériatrique		
- sur d'autres départements	()	()
- à l'urgence	()	()
- Autres équipes		
- sur d'autres départements (ex.: équipe A.C.V. etc)	()	()
- Clinique externe gériatrique	()	()
- autres (préciser)		
- Psychogériatrie	()	()

2. Les différentes composantes gériatriques font-elles partie d'un service de gériatrie?

oui () non ()

Si oui, à quel département est-il rattaché?

3. Quels sont, s'il y a lieu, les critères d'admission pour chacune des ressources suivantes:
- a) U.C.D.G.
 - b) Unité de moyen séjour de réadaptation gériatrique
 - c) Hôpital de jour
4. Quels sont, s'il y a lieu, les critères d'exclusion aux ressources mentionnées à la question 3?
5. Combien de médecins font de la gériatrie active? (Travaillent majoritairement dans les ressources gériatriques)
6. Qui fait partie de la ou des équipes de gériatrie active? (équipes oeuvrant dans les ressources de gériatrie)
7. Y a-t-il d'autres personnes qui travaillent en collaboration avec une équipe gériatrique?

oui () non ()

Si oui, lesquelles?

8. Y a-t-il une procédure particulière pour l'identification des personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque?

à l'urgence: oui () non ()

dans d'autres
services: oui () non ()

Si oui, pouvez-vous la décrire brièvement et annexer le document, s'il y a lieu.

9. a) Expliquer dans quelles circonstances il y a une évaluation multidisciplinaire.

b) Qui est habituellement impliqué dans ces évaluations?
(préciser)

c) Quels outils utilise-t-on? (les annexer) (par exemple, version abrégée de C.T.M.S.P., grille maison, etc.).

10. Qui est habituellement impliqué dans les prises de décisions concernant le retour à domicile ou une demande d'hébergement pour la clientèle cible?

11. Ces décisions d'orientation se prennent-elles dans le cadre de rencontres d'équipe?

oui () non ()

Si oui, à quelle fréquence se tiennent ces rencontres?

12. a) Existe-t-il dans votre établissement des mécanismes de liaison ou de coordination entre les différents départements ou services pour la clientèle-cible?

oui () non ()

Préciser s'il y a lieu.

- b) Ces mécanismes existent-ils avec d'autres établissements ou organismes?

oui () non ()

Préciser s'il y a lieu.

13. Utilise-t-on pour la clientèle âgée en perte d'autonomie une forme de plan d'intervention qui prend en compte l'ensemble des services requis à l'intérieur de l'établissement? (annexer formulaire ou exemple s'il y a lieu).

oui () non ()

Si oui, quand s'applique-t-il?

Qui l'élabore?

14. Utilise-t-on une forme de plan de services qui prend aussi en compte les services de d'autres établissements? (annexer formulaire ou exemple s'il y a lieu).

oui () non ()

Si oui, quand s'applique-t-il?

Qui l'élabore?

Quels types d'interventions peuvent y être considérés?

15. Existe-t-il un protocole d'entente entre le ou les C.L.S.C. du territoire et le C.H.S.C.D. concernant la clientèle âgée? (exemples: pour des références, le suivi par le C.L.S.C., etc.)

oui () non ()

Si oui, décrivez-en brièvement les principaux éléments et annexer tout document pertinent.

QUELQUES DONNÉES SUR LA CLIENTÈLE

16. Combien y a-t-il de lits en unités de gériatrie active (unité de courte durée gériatrique)?

17. Combien de personnes en attente d'hébergement sont actuellement à l'U.S.L.D. (unité de soins prolongés)?
18. Combien de personnes sont actuellement en attente d'hébergement sur des départements autres que l'U.S.L.D.?

N'oubliez pas d'annexer la documentation pertinente (ex. description des services ou programmes, critères d'admission, de priorisation, d'exclusion, grilles d'évaluation, procédures diverses, plan d'intervention, plan de services, etc.).

ANNEXE IV

**FICHE SYNTHÈSE SUR L'ÉTAT DU CLIENT
À SON ARRIVÉE DANS
L'ÉTABLISSEMENT
(C.L.S.C. OU HÔPITAL)**

ANNEXE IV

FICHE SYNTHÈSE

La fiche synthèse a pour but de fournir des renseignements de base sur l'état du client à son arrivée. Elle permet de mieux comprendre le pourquoi des interventions effectuées. Veuillez remplir une fiche par client.

La source d'information essentielle demeure le dossier.

Indiquer (ND) pour tous les renseignements qui ne sont pas disponibles au dossier.

Si aucun problème n'est à signaler à l'une ou l'autre des rubriques, veuillez l'indiquer.

ANNEXE V

**FICHE CHRONOLOGIQUE DÉCRIVANT
LE CHEMINEMENT DES PERSONNES
DANS LES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU**

ANNEXE V

FICHE CHRONOLOGIQUE

La fiche chronologique doit servir à illustrer les mécanismes de prise en charge par une description détaillée du cheminement des personnes dans un ou plusieurs établissements du réseau (ou organismes communautaires, s'il y a lieu). Veuillez remplir une fiche par client.

En autant qu'il est possible de le faire, la description ne doit pas comprendre seulement ce qui s'est passé à l'établissement concerné mais doit faire état de toutes les actions posées à l'égard de la personne. La principale source d'information à considérer est le dossier de la personne bien qu'on puisse également faire appel aux intervenants concernés.

Il est demandé de détailler la chronologie à partir du moment de l'accueil jusqu'au moment de la cueillette.

L'intervention constitue l'unité de base de la cueillette de données. On entend par intervention toute action significative qui marque le cheminement de la personne dans les différents services ou programmes.

A. Les interventions peuvent se rapporter à six thèmes principaux:

1. La demande, l'arrivée ou l'accueil d'une personne dans un programme, un département, etc.

Exemples: accueil à l'urgence, hospitalisation électorale en cardiologie, arrivée en clinique externe, admission en U.C.D.G., demande téléphonique de services à domicile par la personne ou le médecin traitant ou l'infirmière de liaison, demande d'hébergement, demande d'intervention psychosociale au programme des personnes âgées ou au programme de service social courant, etc.

Quoi noter: en quelques mots, la nature et le lieu de la demande, de l'arrivée, de l'accueil ou de l'admission.

2. Les évaluations ou réévaluations

Exemples: évaluation médicale sommaire ou complète, examens spécialisés, évaluations professionnelles diverses (physiothérapie, ergothérapie, psychologue, etc.), évaluation sommaire de l'autonomie, évaluation globale en vue de services à domicile ou d'un hébergement, évaluation du domicile, etc.

Quoi noter: le type d'évaluation (voir exemple ci-dessus) et l'instrument utilisé, s'il y a lieu (Ex.: C.T.M.S.P., grille maison, version abrégée de C.T.M.S.P., etc.).

3. Élaboration de la décision

Exemples: consultation d'autres intervenants, détermination d'un plan d'intervention, d'un plan de soins, d'un plan de services, conférence de cas, réunion d'équipe, comité d'admission, rencontre avec la famille ou d'autres personnes significatives, etc.

Quoi noter: description en quelques mots de la nature de l'activité.

4. Les services offerts

Exemples: surveillance à l'urgence pendant 24 heures, soins intensifs, intervention chirurgicale, chimiothérapie, hospitalisation 2 semaines en orthopédie, traitements de physiothérapie, séjour de 3 semaines en U.C.D.G., 4 séances de consultation avec un travailleur social, services d'entretien ménager 3 heures par semaine, suivi à domicile par une infirmière pendant 3 semaines, services intensifs de maintien à domicile (15 heures par semaine) à long terme, intervention auprès de la famille, fréquentation d'un centre de jour 1 jour par semaine, visite d'amitié d'un organisme communautaire, popote roulante, etc.

Quoi noter: la nature du service rendu, l'intensité et la fréquence s'il y a lieu.

5. Les orientations

Exemples: congé de l'hôpital, fins de services à domicile, référence aux services à domicile, référence au centre de jour, à l'hôpital de jour, à une unité de moyen séjour en réadaptation, à un organisme communautaire, à un professionnel privé, à une famille d'accueil, à une résidence privée, à une conciergerie avec services, à un programme d'adaptation de domicile, à une association de personnes ayant un problème similaire, orientation vers les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission, etc.

Quoi noter: la nature et la destination de la référence.

6. Le suivi

Exemples: révision du plan d'intervention, appel au centre de jour pour vérifier l'application du plan de services, appel à domicile pour voir si tout va bien.

Quoi noter: nature de l'intervention.

Chacune des interventions doit apparaître selon une séquence chronologique accompagnée, outre ce qui a déjà été mentionné concernant l'intervention proprement dite, des informations suivantes:

B- La date de l'intervention

C- Le motif de l'intervention (s'il y a lieu). Par exemple, broncho-pneumonie, épuisement de la conjointe, confusion, planification du congé, stabilisation de la médication, etc.

D- L'identification des personnes impliquées. Par exemple, le médecin de famille, la travailleuse sociale, la diététiste, l'infirmière de liaison, le gériatre, l'équipe multi (identifier les membres), etc.

Nous illustrons un exemple de ce que peut représenter une fiche complétée, en C.L.S.C..

FICHE CHRONOLOGIQUE (EXEMPLE)

ÉTABLISSEMENT: C.L.S.C.

NO. DOSSIER: 2

PAGE

NOM DE LA PERSONNE AYANT

COMPLÉTÉ LA FICHE: Genevière Raymond

DATE: 21-08-91

FONCTION: Travailleuse sociale

DATE	TYPE D'INTERVENTION	MOTIF (S'IL Y A LIEU)	PERSONNES IMPLIQUÉES
12/05/90	Téléphone du médecin de Mme	Son arthrite l'empêche de cui- siner et entrete- nir sa maison	Réceptionniste, travailleuse sociale (la fille de Mme sait que le mé- decin a télépho- né
15/05/90	Téléphone de la T.S. à la dame	Pré-évaluation au téléphone	
20/06/90	- Évaluation glo- bale avec grille maison à domi- cile	Perte d'autonomie	Travailleuse sociale
31/06/90	- Discussion de cas		Fille, T.s., coord. du M.A.D.
02/08/90	- Téléphone de la fille		Fille, T.S.

ANNEXE VI

**SCHÉMA DE L'ENTREVUE INDIVIDUELLE AVEC
LES INTERVENANTS DES C.L.S.C. ET DES C.H.S.C.D.**

ANNEXE VI

SCHEMA DE L'ENTREVUE INDIVIDUELLE AVEC
LES INTERVENANTS DES C.L.S.C. ET DES C.H.S.C.D.Entrée en matière:

- . Brève présentation par les chercheurs du projet d'évaluation et des objectifs de l'entrevue.

TOPO POUR L'ENTRÉE EN MATIÈRE:

Plusieurs travaux sont en cours actuellement au M.S.S.S. à l'effet de favoriser la meilleure réponse possible aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de l'être, ce qui est une des préoccupations majeures du Ministère. Le présent projet s'inscrit dans ce contexte. La clientèle à laquelle l'étude s'intéresse est celle des personnes âgées présentant des incapacités persistantes ou aux prises avec des pathologies qui peuvent compromettre leur maintien à domicile.

La question qui est au coeur du projet a trait aux moyens à mettre en oeuvre pour optimiser le processus de prestation des services à ces personnes aux portes d'entrée: C.H.S.C.D. et C.L.S.C. (et B.S.S. dans la région de Montréal).

Notre cueillette d'informations auprès des établissements comprend plusieurs étapes dont certaines ont été franchies. Ainsi nous avons analysé cinq histoires de cas décrivant certaines caractéristiques personnelles et le cheminement des individus dans l'établissement. Nous avons aussi reçu les questionnaires décrivant des caractéristiques structurelles et fonctionnelles des établissements. Nous avons besoin de votre expertise pour mener à bien cette recherche. C'est pourquoi nous vous rencontrons aujourd'hui. Trois autres rencontres de groupe sont prévues subséquemment à cet entretien.

Nous envisageons une diffusion large des résultats et recommandations. En attendant le rapport final, nous ferons parvenir à l'établissement les données brutes recueillies ici quelques semaines après notre passage. Il faut être conscient que l'évaluation au Ministère, malgré toute l'importance accordée à cette fonction, demeure un élément parmi d'autres dans la prise de décision.

Plus précisément l'entrevue d'aujourd'hui vise à:

- Identifier les points forts et les problèmes de l'organisation relativement au processus de prestation des services à la clientèle cible. Cela peut impliquer divers aspects dont: l'accueil des personnes, l'évaluation, la prise de décision concernant l'allocation des services, l'orientation, la référence, la prestation des services, le suivi de la clientèle, la participation du client et de ses proches aux décisions et la coordination ou concertation avec les autres établissements.

Notre objectif est de faire le tour le plus large possible des problèmes et aussi des points forts du processus. Les solutions à ces problèmes seront plutôt investiguées en profondeur au cours d'entrevues subséquentes qui regrouperont les intervenants.

- . Insister auprès des personnes à l'effet qu'il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses aux questions posées et que toutes les réponses sont importantes pour atteindre les objectifs formulés précédemment.
- . Mentionner que nous ne sommes pas là pour évaluer les problèmes de l'établissement, mais que celui-ci sert plutôt à illustrer des problèmes qui peuvent exister dans un C.L.S.C. ou un C.H.S.C.D. de manière à trouver des solutions plus générales. Il est important aussi de souligner que les données recueillies ne seront jamais traitées par l'établissement mais seront regroupées et analysées de façon à dégager un portrait général de la situation. Au total dix-huit établissements, sept C.R.S.S.S. et trois C.S.S. seront visités.
- . Demander au répondant s'il a des questions avant de commencer l'entretien.

Déroulement de l'entrevue

- 1- Description à partir de leur compréhension individuelle de ce qui constitue un bon processus de prestation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie.
- 2- Description de l'implication de la personne dans le processus.
- 3- Discussion sur les points forts et les problèmes du processus de prestation de services tels que perçus, de façon spontanée.
- 4- S'il y a lieu, revenir sur l'un ou l'autre ou l'ensemble des sept principaux éléments du processus:
 - l'accueil
 - l'évaluation
 - la prise de décision concernant l'allocation des

- services, l'orientation et les références
- la prestation des services
- le suivi
- les relations avec le client et sa famille
- la concertation et la coordination

en demandant d'identifier les problèmes perçus et les points forts ou aspects positifs (ou points satisfaisants) des éléments qui n'ont pas été spontanément évoqués.

Centrer l'entretien sur les fonctions qui sont spécifiques à la personne et sur celles qui apparaissent comme problématiques ou au contraire, satisfaisantes, suite à l'analyse des fiches et du questionnaire. On peut déborder sur les autres dimensions en leur demandant leur opinion à cet égard.

EXEMPLE: Pour une personne travaillant à l'urgence, les problèmes et points forts concernant l'accueil seront investigués principalement à cet endroit et on pourra demander ce qu'elle pense de l'accueil qui est fait à l'interne à l'U.C.D.G., sur les différents départements, etc.).

Pour faciliter cette étape, une définition brève de l'élément à discuter est présentée, en précisant les aspects particuliers devant faire l'objet d'une évaluation de leur part.

Ne pas hésiter à demander aux répondants de préciser, de donner des exemples de ce qu'ils énoncent.

Utiliser le matériel des cas sélectionnés pour approfondir ou concrétiser un problème, un point fort ou pour aborder un problème ou un point fort qui n'a été mentionné mais dont on soupçonne l'existence par la lecture des fiches.

À la fin, faire un bref résumé des points saillants de l'entrevue et demander l'opinion des répondants à ce sujet.

ACCUEIL

Par accueil, on entend:

- la façon dont les clients sont reçus;
- la capacité d'identifier les personnes comme étant en perte d'autonomie ou à risque de le devenir;
- la façon dont on décide de l'admission initiale ou du refus dans un programme ou un service de l'établissement;

Sous-question:

- Si la personne est identifiée comme n'étant pas éligible aux services de l'établissement, que faites-vous?

ÉVALUATION DU CLIENT

À propos de l'évaluation, les aspects dont on doit tenir compte sont:

- les types d'évaluation: une évaluation spécifique, plusieurs évaluations diverses, une évaluation globale par une personne ou par plusieurs, discussion en équipe;
- le nombre d'évaluations (leur intégration);
- les outils (comptabilité, diversité, efficacité, pertinence, aspect pratique);
- les délais d'évaluation des demandes.

Sous-questions

- Arrive-t-il trop souvent que l'on passe aux décisions sans avoir un portrait suffisamment complet de la situation d'une personne?
- Demandez-vous des évaluations faites par d'autres établissements?
- Vous servez-vous des évaluations faites par d'autres établissements?

PRISE DE DÉCISION CONCERNANT L'ALLOCATION DES SERVICES, L'ORIENTATION ET LES RÉFÉRENCES

La prise de décision s'applique à l'allocation des services, aux décisions concernant le milieu de vie de l'individu et le congé de l'établissement. Les aspects majeurs à considérer concernent:

- les responsables de la prise de décision (concertation);
- la manière dont la décision se prend (rigueur, équité, globalité des services);
- les outils utilisés: plan d'intervention, plan de services. Demander aux gens de les définir;
- pour l'orientation en hébergement: les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission, les problèmes par rapport à la procédure de demande d'hébergement, la prise en compte de tous les moyens possibles pour assurer le maintien à domicile avant d'arriver à la décision d'hébergement;
- la planification des congés en C.H.S.C.D. (délais, préparation): approfondir leur version des ressources extérieures, les stratégies systématiques implicites qui sont utilisées (ex.: l'urgence est-elle perçue comme la seule porte, etc.).

Sous-question

- L'utilisation ou la non-utilisation du plan de services ou du plan d'intervention vous pose-t-elle problème?

PRESTATION DE SERVICES

Cet élément concerne la dispensation des services dans l'établissement sous les aspects suivants:

- nature (gamme des services offerts ou pertinence des services offerts);
- qualité (le personnel a-t-il le temps de prendre connaissance de la condition réelle des personnes en C.H.S.C.D?);
- quantité, intensité, durée;
- mode de dispensation (approche, moment d'intervention);
- délais;
- réadaptation;
- C.L.S.C.: satisfaction à l'égard de l'allocation directe, des agences privées de services;
- implication du personnel soignant dans l'autonomie de la personne.

SUIVI

Les actions entreprises pendant la prestation des services et au moment de la sortie de la personne de l'établissement, plus particulièrement, on s'intéresse:

- à la présence d'une personne responsable du suivi (à l'intérieur de l'établissement et lorsque le client quitte);
- aux outils de suivi (adéquats, existence, pratiques);
- fréquence et pertinence des réunions d'équipe;
- implication de l'établissement dans le suivi après la sortie de l'établissement.

IMPLICATION DU CLIENT ET DE SES PROCHES

La participation de la personne âgée et de ses proches aux diverses décisions et interventions la concernant. À explorer:

- invitation du client et de sa famille aux discussions de groupe le concernant (dans quelles situations? à quelle fréquence?);
- communication des informations concernant le client: choix de services, congé, orientation, évaluation, etc.;
- leur pouvoir réel dans les décisions;
- en demande-t-on trop ou pas assez aux proches.

COORDINATION, CONCERTATION

Relations établies à l'interne entre les différents départements ou programmes et à l'externe entre l'établissement et les autres établissements ou organismes susceptibles d'intervenir dans la prestation de services auprès du client ou lors de son transfert:

- existence et diversité des liens;
- qualité et efficacité des mécanismes de liaison;
- fiabilité des collaborateurs;
- transfert d'un client (information, contact...);
- liens avec le médecin de famille ou le médecin traitant habituel.

Sous-question

- Qu'arrive-t-il quand le médecin de famille n'est pas rattaché à l'hôpital où se trouve son client?

PRÉVOIR QUELQUES MINUTES À LA FIN DE L'ENTRETIEN POUR RECEVOIR LES COMMENTAIRES DES RÉPONDANTS.

ANNEXE VII

**SCHÉMA DE L'ENTREVUE INDIVIDUELLE
AVEC UN MEMBRE DU PERSONNEL
D'ENCADREMENT DU C.L.S.C.
ET DE L'HÔPITAL**

ANNEXE VII

SCHÉMA D'ENTREVUE AVEC UN MEMBRE DU PERSONNEL D'ENCADREMENT DU C.L.S.C. ET DE L'HÔPITAL

Bref rappel par les chercheurs du projet d'évaluation:

- objectifs
- clientèle-cible
- fonctions du processus
- étapes
- utilisation des résultats

Si la personne interviewée a déjà été rencontrée, ne parler que des étapes de la recherche.

Objectifs de la rencontre:

- obtenir l'avis d'un membre du personnel d'encadrement à propos des problèmes et des points forts du processus de prestation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie dans l'établissement, tels qu'identifiés par l'équipe et compléter ce portrait;
- obtenir l'avis de cette personne sur la faisabilité des solutions proposées par l'équipe et identifier d'autres solutions possibles.

Déroulement de l'entrevue

1. Présentation de la démarche
2. Présentation des problèmes sur lesquels l'établissement a une prise, tels qu'identifiés par l'équipe:
 - problèmes prioritaires
 - autres problèmes internes (5 minutes)
 - problèmes externes
3. Vérifier dans quelle mesure cette lecture correspond à celle de la personne interviewée: accord, désaccord, nuances, explications et demander s'il existe d'autres problèmes que l'équipe n'aurait pas identifiés (Aborder l'aspect des

pratiques professionnelles de façon spécifique). Demander de sélectionner quelques problèmes pour discussion à la réunion conjointe (10 minutes).

4. Présentation des points forts ou moyens déjà mis en place tels qu'identifiés par l'équipe (2 minutes).
5. Vérifier aussi dans quelle mesure cette lecture correspond à la sienne: accord, désaccord, nuances, explications et demander s'il y a d'autres points forts ou moyens qui auraient été omis (10 minutes).
6. Présentation des solutions aux problèmes sur lesquels l'établissement a une prise directe telles qu'identifiées par l'équipe (3 minutes) et discussion quant à la faisabilité et en ajouter d'autres si possible (10 minutes)

Durée appr.: 1 heure

ANNEXE VIII

SCHÉMA DE LA PREMIÈRE ENTREVUE DE GROUPE DANS LES C.L.S.C. ET LES HÔPITAUX

ANNEXE VIII

SCHEMA DE LA PREMIERE ENTREVUE DE GROUPE
DANS LES C.L.S.C. ET LES HOPITAUXEntrée en matière (5 minutes)

- . Brève présentation par les chercheurs du projet d'évaluation et des objectifs de l'entrevue.

Topo pour l'entrée en matière:

Plusieurs travaux sont en cours actuellement au M.S.S.S. à l'effet de favoriser la meilleure réponse possible aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de l'être, ce qui est une des préoccupations majeures du Ministère. Le présent projet s'inscrit dans ce contexte. La clientèle à laquelle l'étude s'intéresse est celle des personnes âgées présentant des incapacités persistantes ou aux prises avec des pathologies qui peuvent compromettre leur maintien à domicile.

La question qui est au coeur du projet a trait aux moyens à mettre en oeuvre pour optimiser le processus de prestation des services à ces personnes aux portes d'entrée: C.H.S.C.D. et C.L.S.C. (B.S.S. dans la région de Montréal).

Notre cueillette d'informations auprès des établissements comprend plusieurs étapes dont certaines ont été franchies. Ainsi, nous avons analysé cinq histoires de cas décrivant certaines caractéristiques personnelles et le cheminement des individus dans l'établissement. Nous avons aussi reçu les questionnaires décrivant des caractéristiques structurelles et fonctionnelles des établissements. Finalement, nous avons rencontré un certain nombre d'entre vous individuellement pour identifier des problèmes et des points forts du processus de prestation des services. Celui-ci peut impliquer divers aspects dont: l'accueil des personnes, l'évaluation, la prise de décision concernant l'allocation des services, l'orientation, la référence, la prestation des services, le suivi de la clientèle, la participation du client et de ses proches aux décisions et la coordination ou concertation avec les autres établissements.

Nous envisageons une diffusion large des résultats et recommandations qui pourront s'adresser aux établissements, aux instances régionales et au Ministère. En attendant le rapport final, nous ferons parvenir à l'établissement les données brutes recueillies ici quelques semaines après notre passage. Il faut

être conscient que l'évaluation au Ministère, malgré toute l'importance accordée à cette fonction, demeure un élément parmi d'autres dans la prise de décision.

La rencontre d'aujourd'hui a pour objectifs de poursuivre l'identification des problèmes, de les prioriser et de discuter des causes possibles. Une autre rencontre de groupe est prévue pour mettre en lumière les moyens déjà en place dans le milieu pour améliorer le processus de prestation et discuter de solutions nouvelles à développer pour résoudre les problèmes internes à l'établissement. Par la suite, nous rencontrerons un membre du personnel d'encadrement pour obtenir son avis sur l'état de situation ainsi dressé et discuter de la faisabilité des solutions énoncées. Cette démarche dans l'établissement sera complétée par une entrevue conjointe comprenant des représentants du C.L.S.C., du C.H.S.C.D. et du C.R.S.S.S. (et du C.S.S. s'il y a lieu).

Cette rencontre aura comme objectifs d'identifier aux niveaux sous-régional et régional des moyens concrets pour améliorer l'efficacité des mesures déjà en place au niveau régional et d'identifier d'autres moyens pouvant augmenter la cohérence, l'efficacité et la coordination des interventions.

- . Mentionner que nous ne sommes pas là pour évaluer les problèmes de l'établissement, mais que celui-ci sert plutôt à illustrer des problèmes qui peuvent exister dans un C.L.S.C. ou un C.H.S.C.D. de manière à trouver des solutions plus générales. Il est important aussi de souligner que les données recueillies ne seront jamais traitées par établissement mais seront regroupées et analysées de façon à dégager un portrait général de la situation. Au total dix-huit établissements, trois C.S.S. et sept C.R.S.S.S. seront visités.
- . Obtention du consentement des répondants à l'enregistrement de l'entrevue.

Déroulement de l'entrevue

1. Explication de la démarche (5 minutes).
2. Présentation et clarification d'une liste de problèmes établie à partir des entrevues individuelles (10 minutes). La liste est divisée en deux catégories: les problèmes sur lesquels l'établissement peut agir directement (problèmes internes ou concernant les liens avec d'autres organismes) et les problèmes sur lesquels l'établissement n'a pas de prise directe.
3. Travail individuel pour ajouter des problèmes, redéfinir ceux qui sont listés (15 minutes).

Pause de 15 minutes

4. Tour de table et discussion sur les problèmes et leurs causes et aussi pour intégrer à la liste le résultat du travail individuel (55 minutes).
5. Présenter les problèmes identifiés à partir des fiches et du questionnaire et qui n'ont pas été soulevés par les participants et les valider avec eux (20 minutes).
6. Priorisation par vote des problèmes identifiés comme étant internes à l'établissement (15 minutes).
7. Réaction des participants sur les résultats de la priorisation (10 minutes).

Durée totale: 2 heures 30 minutes

Laisser d'abord les personnes s'exprimer puis explorer, si cela s'avère pertinent, les causes suivantes aux différents problèmes.

Ressources

A. Ressources de l'établissement

- | | | |
|--------------|---|------------------------------------|
| humaines: | - | quantité |
| | - | pertinence du type |
| | - | compétence (formation, expérience) |
| matérielles: | - | suffisance |
| | - | adéquates |
| financières: | - | suffisance |
| | - | stabilité |

B. Ressources externes

- connaissance
- quantité
- pertinence
- compétence
- fiabilité

Facteurs organisationnels

1. Définition claire de la mission de l'établissement (objectifs et buts de l'organisation, clientèle).

Cohérence entre les buts des divers programmes ou services

Cohérence entre les buts et les modalités d'application.

Clarté des objectifs.

2. Critères d'admission (clarté, souplesse ou rigidité, adéquation avec la réalité).

3. Outils d'évaluation:

- Compatibilité à l'interne et à l'externe.
- Qualité, multiplicité.

4. Modalité de gestion:

- Gestion financière
- Gestion des dossiers
- Répartition des budgets entre les services, entre les clients (intensité des services, répartition sur l'année financière...)
- Précision des modes d'application

5. Organisation et cohérence des ressources sur le territoire:

- P.R.O.S.
- tables de concertation
- partage des responsabilités
- autonomie des établissements vs centralisation régionale
- autres moyens de collaboration

6. Culture organisationnelle

N.B. Par intervenants, on inclut les préposés, les bénévoles, les médecins...

- Philosophie de l'organisation quant à divers aspects (implication de la famille, type d'approche...)
- Type de participation des intervenants dans le processus
- Importance de la marge de manoeuvre laissée aux divers intervenants
- Perception de leur rôle
- Possibilités de formation, de ressourcement
- Mécanismes de communication à l'interne et à l'externe
- Présence de protocoles d'entente avec d'autres établissements

- Leadership exercé

Pratiques professionnelles

- Cohérence entre la philosophie des intervenants et celle de l'organisation
- Implication des professionnels et des autres intervenants dans les prises de décision
- Possibilité et difficultés de travailler en équipe
- Difficultés de définir le champ d'intervention des intervenants
- Insécurité à travailler avec d'autres établissements
- Philosophies d'intervention des professionnels: se considèrent comme les seuls responsables en ce qui a trait à l'intervention ou se définissent en complémentarité avec la famille, le client, la communauté
- Attitudes d'ouverture, de confiance

ANNEXE IX

**SCHÉMA DE L'ENTREVUE CONJOINTE AVEC DES
REPRÉSENTANTS DES C.L.S.C., DES HÔPITAUX, DES C.R.S.S.S.
(ET DES C.S.S. DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL)**

ANNEXE IX

**SCHÉMA DE L'ENTREVUE CONJOINTE AVEC LES
REPRÉSENTANTS DES C.L.S.C., DES C.H.S.C.D., C.R.S.S.S.
(ET DES C.S.S. DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL)**

Entrée en matière

- . Présentation des participants et présentation par les chercheurs des objectifs de l'entrevue.

Topo pour l'entrée en matière:

Nous en sommes à la dernière étape de la cueillette qui consiste en un exercice conjoint du C.L.S.C., du C.H.S.C.D. et du C.R.S.S.S. (et du C.S.S. s'il y a lieu). Comme nous avons déjà beaucoup discuté de problèmes, nous allons mettre maintenant l'accent sur la recherche de solutions.

Rappel sur l'utilisation des résultats et la place de l'évaluation dans la prise de décision.

L'objectif de cette rencontre est le suivant:

- identifier aux niveaux sous-régional et régional des moyens concrets et conjoints pour améliorer l'efficacité des mesures déjà en place au niveau régional et identifier d'autres moyens pouvant augmenter la cohérence, l'efficacité et la coordination des interventions.

Obtention du consentement pour l'enregistrement de l'entrevue.

Déroulement de l'entrevue

1. Description du déroulement de l'entrevue (5 minutes).
2. Présentation de la liste des problèmes identifiés lors des rencontres dans le C.L.S.C., le C.H.S.C.D., le C.R.S.S.S. et le C.S.S. s'il y a lieu. Il s'agit de problèmes mentionnés par plus d'un établissement. Ceux qui ont été sélectionnés par l'un ou l'autre comme prioritaires sont aussi présentés même s'ils ont été mentionnés par un seul établissement. Clarification si nécessaire (15 minutes).

3. Demander aux participants s'ils ont des commentaires généraux par rapport à l'état de situation ainsi obtenu avant de passer aux étapes suivantes qui concernent la recherche de solutions (20 minutes).
4. Présentation des moyens mis en oeuvre au niveau sous-régional et régional pour améliorer la réponse aux besoins de la clientèle cible (5 minutes).
5. Travail individuel pour identifier des moyens susceptibles d'accroître l'efficacité des mesures existantes et pour identifier d'autres moyens pouvant augmenter la cohérence, l'efficacité et la coordination des interventions au niveau sous-régional et régional (15 minutes).

Pause (15 minutes)

6. Tour de table et discussion sur les propositions formulées individuellement (60 minutes).

Durée totale: 2 heures et 30 minutes

ANNEXE X

SCHÉMA DE L'ENTREVUE AVEC LES UTILISATEURS DES SERVICES

PRÉPARATION À L'ENTREVUE

- Contacter le CLSC et le CH 10 jours à l'avance: déplacements géographiques, informations sur bénéficiaire (personnes significatives, emploi du temps)
- Contacter les bénéficiaires et personnes significatives le vendredi précédent la visite
- Lire la fiche synthèse et le profil des utilisateurs, ainsi que faire le portrait sommaire: typologie
- Identifier les problèmes et points forts à partir de ces renseignements
- Lieu de provenance du cas (institution), nature et intensité des services offerts, caractère passé ou actuel des services reçus
- Codification
- Confirmer le rendez-vous la journée même ou la veille

ENTRÉE EN MATIÈRE AVANT L'ENTREVUE

- Dire nom et quel organisme on représente (MSSS) (agent de recherche)
- Papier d'identité si nécessaire
- Information sur état de santé aujourd'hui
- Explication des objectifs de la recherche:

“Nous aimerions savoir de quelle façon vous vivez les services que vous recevez de la part de ... Autrement dit, quels sont les points forts et les problèmes que vous pouvez identifier en regard des services que vous recevez. En plus de vos commentaires, vous auriez peut-être quelques suggestions à nous proposer afin d'améliorer, dans l'avenir, les services offerts aux personnes vivant des situations semblables à vous.”

- Insister auprès des personnes à l'effet qu'il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses aux questions posées et que toutes les réponses sont importantes.
- Présence d'une personne significative:
“Ainsi, il est possible que vos réponses soient différentes de ... C'est important pour nous que vous nous donniez votre opinion même si elle est différente. C'est pourquoi, il n'est pas nécessaire de vous mettre d'accord avec... avant de nous faire valoir votre opinion.”

Préciser le cheminement des services (fiche chronologique), synthèse rapide

CONDITIONS QUI ONT AMENÉ LE BÉNÉFICIAIRE A DEMANDER DES SOINS

Caractéristiques de la personne

- Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général... excellente, très bonne, bonne, moyenne, mauvaise ?
- isolement: conjoint, enfant(s), parenté, ami(s)
- journée ou semaine-type (autonomie, incapacité(s), services reçus)
- condition du logement (escalier, barrière physique)
- moyen de transport individuel, dans la communauté (auto, autobus, taxi, ami) (distance/temps)

Émergence du besoin

- Qui a pris la décision de demander des services (ou des soins)? Au bon moment ou attendu trop longtemps?
- Étiez-vous consentant(e) ? Sinon, pourquoi?
- Quel institution ?
- Saviez-vous où vous adresser? De quelle façon avez-vous été informé?
- Où souhaitiez-vous être orienté(e)?
- Problèmes appréhendés (peurs, craintes) de l'institution

QUESTION GÉNÉRALE

Dans vos relations avec l'institution:

- **Quels problèmes avez-vous vécus ou vivez-vous ?**
- **Quels sont les points que vous trouvez les plus positifs ?**

ACCUEIL

- Depuis quand ?
- Quelle institution ?
- Expliquez comment cela s'est passé

Perception vécu

- qui avez-vous rencontré ?
- vous a-t-on bien informé ? information supplémentaire ?
- vous avez pu vous exprimer suffisamment ? bien compris(e) ?
- qualité de l'accueil (relation interpersonnelle, courtoisie, respect)
- l'accueil correspondait-il à l'idée que vous vous en étiez fait ? (sonder l'impression qu'ils avaient de l'institution)
- Attente ou délai à l'accueil (urgence)

**Bon côté
Mauvais côté
Améliorations**

ÉVALUATION

- Une fois votre demande proposée, que vous a-t-on dit sur la manière dont l'on traiterait votre demande ? Dites-moi ce que vous en savez. (information aux bénéficiaires, relation interpersonnelle, courtoisie, respect, qualité)

Perception vécu

- Comment cela s'est passé:
 - temps
 - personnes concernées par l'évaluation (confiance)
 - fréquence et répétition des évaluations (circulation de l'information)
 - on regarde toute votre situation ? trop ou pas assez?
- En général, que pensez-vous des résultats de l'évaluation que l'on vous a communiqué ce jour-là ?

**Bon côté
Mauvais côté
Améliorations**

ÉLABORATION (PRISE) DE LA DÉCISION

- Quelle décision l'institution a-t-elle prise quant aux services/soins que vous recevez ?
(d'accord/pas d'accord)

Perception vécu

- Délais (trop long/trop court)
- Qui a participé à cette décision ?
- Vous a-t-on consulté et écouté ? Votre famille ? (Auriez-vous préféré être consulté ?)
 - qualité, respect, courtoisie
 - réunion
 - congé de l'hôpital (rapide, avec raison, sous pression)
 - décision d'hébergement (moyens offerts pour rester à domicile)

(Raisons du désir d'hébergement) Qui? (famille, patient, professionnel)

Bon côté
Mauvais côté
Améliorations

OFFRE DE SERVICES/SOINS ET ORIENTATION

- >—Quels services/soins vous a-t-on donnés au début ?
 - nature
 - intensité (heures)
 - fréquence (jour, semaine, mois)
 - lieu (institution)
 - compétence, courtoisie, respect, attitude générale du personnel, rotation du personnel, qualité des services/soins
 - accessibilité (distance, moyens de transport)
 - vécu quotidien: repas, bain, vêtir, circuler
- —Y a-t-il eu des changements depuis?(référé ailleurs, changement de services/soins, combien) Lesquels ?

Perception vécu

- Vous a-t-on consulté au sujet de cette (ces) décision(s) ?
- Rôle attendu des proches par l'institution (implication ou obligation à donner des soins)
- Est-ce que ces services/soins correspondent à vos besoins ? (suffisant) Pourquoi?
- Liens apparents entre organismes (communication entre organismes)

Bon côté
Mauvais côté
Améliorations

SUIVI

- Y a-t-il quelqu'un de l'institution qui garde contact avec vous afin de savoir si tout va bien ?
(utilité de ces contacts)
- Qui vous contacte ? à quelle fréquence ? (courtoisie, respect, qualité relation interpersonnelle)
- Manifestez-vous des commentaires lorsqu'on vous contacte ?
- Avez-vous l'impression que vos commentaires sont compris et sont pris en considération ?

Perception vécu

Perception vécue

**Bon côté
Mauvais côté
Améliorations
Confidentialité**

- " Si vous repensez à tout ce que vous avez vécu depuis que vous avez fait une demande de services/soins, quelles suggestions pouvez-vous faire pour aider à améliorer les façons de procéder ou pour aider les personnes qui font une demande ? "

-PRÉCISIONS SUPPLÉMENTAIRES AUPRÈS DE LA PERSONNE SIGNIFICATIVE

- Etes-vous d'accord ou en désaccord avec ce qui a été dit?
 - accueil
 - évaluation
 - élaboration (prise) de la décision
 - offre de services/soins et orientation
 - suivi

- soutien émotif

- continuité dans les services/soins

- crédibilité accordée par les professionnels

- information sur ressources communautaires disponibles

- information sur maladie(s) de la vieillesse

ANNEXE XI

**FORMULAIRE DE L'AUTORISATION DES PERSONNES ÂGÉES
OU LEURS PROCHES POUR LA TRANSMISSION
DE RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER**

**Autorisation de transmission de renseignements
à des fins de recherche**

Je soussigné(e) _____
(nom de la personne)

autorise l'établissement _____
(nom de l'établissement)

à fournir à la Direction de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux (M.S.S.S.), dans le cadre d'une recherche ayant pour but d'améliorer les services offerts aux personnes âgées, certains renseignements (nom, adresse, téléphone, informations concernant la condition physique et sociale et les services reçus) contenus au dossier de:

nom	prénom	date de naissance
adresse		

Il est entendu qu'aucune information permettant d'identifier le dossier ne sera mentionnée dans l'étude et que ces renseignements ne serviront qu'aux fins de la recherche. L'équipe de recherche s'est engagée en outre à ne pas révéler au personnel de l'établissement ci-haut mentionné, les informations qui seront données lors des entrevues qui se dérouleront dans le cadre de cette recherche.

Cette autorisation est valable pour une période de 90 jours.

témoin	Client ou personne autorisée à signer
Date _____	Date _____